

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Alzheimerova choroba v ošetrovateľskej péči

Alzheimer's disease in nursing

Barbora Bělková

Bakalářská práce

2011

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora BĚLKOVÁ**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Alzheimerova choroba v ošetrovatelské péči**
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl:

Zlepšování kvality života u pacienta/klienta s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou

Edukace pacienta/klienta a jeho rodiny

Zmapování stávajícího stavu a situace u pacientů s Alzheimerovou chorobou

Předpoklady:

Předpokládám, že pacient/klient není často dostatečně informován o tom, jak se vypořádat s Alzheimerovou chorobou

Myslím si, že častěji jsou postiženy ženy

Domnívám se, že rodina není dostatečně informována o péči u pacienta/ klienta s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou

Metody:

Pozorování pacienta/klienta

Rozhovor s pacientem/klientem, jeho rodinou a zdravotnickým personálem

Dotazník

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

40-50 stran

Forma zpracování bakalářské práce:

tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

Literatura:

JIRÁK, Roman. a kol. Demence. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. s.335 ISBN 8072622684

HUUB, Buijssen. Demence. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. s. 160 ISBN 80-7367-081-X

KUČEROVÁ, Helena. Demence v kazuistikách. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s.109 ISBN 80-247-1491-4

RŮŽIČKA, E. Diferenciální diagnostika a léčba demencí. 1.vyd. Praha: Galén, 2003. s.175 ISBN 8072622056

PIDRMAN, Vladimír. a kol. Změny jednání seniorů. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. s.189 ISBN 80-7262-363-X

MAHROVÁ, Gabriela. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 176 ISBN 978-80-247-2138-5

CALLONE, Patricia R. a kol. Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s.120 ISBN 978-80-247-2320-4

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Lenka Krámská


Katedra pedagogiky a psychologie

Datum zadání bakalářské práce:


13. ledna 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2010


prof. Ing. Vojtěch Konopa, CSc.
rektor




prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.
pověřen vedením ústav

V Liberci dne 13. ledna 2009

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že se na mou bakalářskou práci plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 - školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 13.5.2011

Podpis: Bilková Barbora

Ž Á D O S T

Jméno : Barbora Bělková

Ročník : 3. **Osobní číslo:** Z07000003 **Datum narození:** 26.9.1987

Studijní obor : Všeobecná sestra **Studium:** prezenční

Adresa trvalého bydliště : Benešov u Semil 238, 512 06

Číslo telefonu : 776632584

E – mail : BarboraBelkova@seznam.cz

Odůvodnění

Tímto Vás žádám o prodloužení odevzdání mé bakalářské práce k datu 30. 4. 2011
Děkuji za vyřízení mé žádosti

V Liberci dne 15.3.2010

Barbora Bělková
podpis studenta

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil/a veškeré údaje.

VYJADŘENÍ ÚSTAVU

Rozhodnutí ředitele:

Rozhodnutí rektora:

17. 3. 2010

J. J. J.

B.

*) nehodící se škrtněte



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií
461 17 Liberec 1, Studentská 2
Tel.: 485 353 722 Fax: 485 353 721

Studentka
Barbora Bělková
Z07000003
512 06 Benešov u Semil 238

Vyřizuje : H. Čarná/485 353 762

V Liberci dne 18.3.2010
č.j.: ÚZS/162/2010

Vyřízení k žádosti o povolení prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce do 30.4.2011

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 15.3.2010, zaevidované pod č.j.: ÚZS/162/2010, Vám sděluji, že Vaši žádost o povolení prodloužení termínu odevzdání Vaší bakalářské práce

p o v o l u j i.

Prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.
pověřen vedením ústavu

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce PhDr. Lence Krámské PhD. za pomoc a užitečné rady při vypracování bakalářské práce. Dále poděkování patří paní Mgr. Lucii Ptáčkové, která mě zasvětila do činnosti centra pro poruchy paměti v Krajské nemocnici v Liberci a také mé rodině za její trpělivost a vstřícnost. V neposlední řadě děkuji lidem, kteří pečují o své blízké s Alzheimerovou chorobou, za ochotu spolupracovat a pomoci mi tak vypracovat výzkumnou část mé práce.

Anotace

Bakalářská práce je rozčleněna na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část obsahuje definování pojmu Alzheimerova choroba, údaje o patogenezi, diagnostice, léčbě a vymezení zásad spolupráce s člověkem trpícím touto nemocí.

Výsledky výzkumné části vycházejí ze zkoumaného vzorku 52 respondentů. Cílem výzkumu bylo zjistit a vypracovat základní údaje o tom, v jaké míře jsou informováni pacienti a jejich rodinní příslušníci o charakteru Alzheimerovy choroby a nárocích na péči, kterou tato nemoc představuje.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, demence, ošetrovatelská péče, Česká alzheimerovská společnost

Annotation

The project has a two parts. The first is the theory including the definition, etiopathogenesis, diagnosis and therapy of the Alzheimer's disease. Finally sets the rules for cooperation with the patients.

The second part, the investigation, uses the data coming from 52 respondents. The aim of the study is to get the basic knowledge how informed the patients and their families are. Which sort of information they have about the Alzheimer's disease and if they know how demanding can be to nurse the patient with this disease.

Key words: Alzheimer's disease, dementia, nursing care, the Czech Alzheimer's Society

Obsah	8
I. ÚVOD	10
II. CÍLE PRÁCE	11
III. TEORETICKÁ ČÁST	12
 1 Demence	13
1.1 Definice a průběh onemocnění	13
1.2 Patogeneze	14
1.3 Genetické faktory	15
1.4 Klinický obraz.....	16
1.4.1 Pre-stadium Alzheimerovy choroby.....	16
1.4.2 Psychické funkce	17
1.4.3 Projevy stáří	20
1.4.4 Projevy Alzheimerovy choroby	21
1.5 Diagnostika	23
1.5.1 Klinické vyšetření	23
1.5.2 Fyzikální vyšetření	23
1.5.3 Orientační vyšetření poznávacích funkcí	24
1.5.4 Zobrazovací metody	26
1.6 Terapie Alzheimerovy choroby	26
1.6.1 Farmakoterapie	26
1.6.2 Psychosociální léčba	28
2 Jak nejlépe pomoci člověku s demencí	32
3 Obecné zásady přístupu k nemocným s demencí	36
 IV. VÝZKUMNÁ ČÁST	39
4 Výzkumná část	40
4.1 Cíl výzkumu	40
4.2 Metodika výzkumu	40
4.2.1 Zdroje odborných poznatků	40
4.2.2 Charakteristika souboru respondentů	41
4.2.3 Užitá metoda šetření	41
4.2.4 Zpracování získaných dat	42

4.3 Interpretace dat	43
4.4 Edukace pacienta/klienta.....	59
5 Diskuze	60
V. ZÁVĚR	63
VI. POUŽITÁ LITERATURA	65
VII. PŘÍLOHY	67
Seznam příloh	68

I. ÚVOD

Demence patří celosvětově k nejobávanějším a nejtěžším onemocněním vyššího věku. U člověka postiženého touto chorobou dochází postupně ke ztrátám paměti, myšlení, orientace, soustředění, mluvení a porozumění řeči. Nemocný je omezen nejprve v zaměstnání, v zálibách a postupně nastává i zhoršení soběstačnosti a vypořádání se s požadavky každodenního života.

Demence je nevyléčitelné onemocnění, má progredující charakter a představuje velkou psychickou a fyzickou zátěž nejen pro nemocného, ale i pro celou jeho rodinu a pečující osoby.

Řekne-li se Alzheimerova choroba, vybaví se nejčastěji představa někoho kdo ztrácí soběstačnost, nemůže najít cestu domů, nepoznává své známé apod. Bohužel tímto vědomosti nejen mě, ale i většiny zdravotníků končili. Vzhledem k narůstající prevalenci výskytu Alzheimerovy choroby usuzuji, že se s touto chorobou budu ve své praxi zdravotní sestry setkávat stále častěji. Proto doufám, že níže shrnuté informace poslouží ke zkvalitnění péče o tyto nemocné nejen mě, ale i dalšímu zdravotnickému personálu, pacientům a jejich rodinným příslušníkům.

II. CÍLE PRÁCE

Základní cíle bakalářské práce:

- zmapování stávajícího stavu a situace u pacientů / klientů s Alzheimerovou chorobou
- edukace pacienta / klienta a jeho rodiny
- zlepšování kvality života u pacienta / klienta s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou

Teoretická část mé bakalářské práce je rozčleněna na tři oddíly. První je zaměřen na Alzheimerovu chorobu, její patogenezi, klinický obraz, diagnostiku a léčbu. V druhém oddílu je shrnuto, na co se má pečující zaměřit při ošetřování nemocného s demencí a třetí oddíl je vymezen obecným zásadám, jak přistupovat k dementním pacientům.

Cílem výzkumné části bakalářské práce je zjistit, zda jsou pacienti a jejich rodinní příslušníci dostatečně informováni o charakteru nemoci, jejím postupném vývoji, léčbě a zda vědí, co péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou obnáší.

III. TEORETICKÁ ČÁST

1 Demence

1.1 Definice a průběh onemocnění

Alzheimerova choroba se řadí mezi neurodegenerativní onemocnění, způsobuje progresivní odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře. Patří mezi nejčastěji vyskytující se demence vůbec. [3]

Demence způsobují podstatné snížení úrovně paměti a dalších kognitivních (poznávacích) funkcí jako je pozornost, vnímání, řečové funkce a výkonné funkce. Kromě postižení kognitivních funkcí dochází též k poruše dalších oblastí jako jsou aktivity denního života, kdy nemocný není schopen profesních dovedností. Nesvede provádět základní životní aktivity např. starat se o osobní vzhled, oblékat se, svlékat atd. Dále se objevují poruchy emocí, nálad, chování a spánku. Tyto funkce označujeme jako behaviorální a psychologické. [1]

Demence představuje syndrom, neboli soubor příznaků a může mít řadu příčin. Je důležité zmínit, že toto onemocnění má ve velké míře dopad též na osoby, které se o dementní pacienty starají. Jedná se zpravidla o rodinné příslušníky. U těchto osob dochází k zhoršení zdravotního stavu v důsledku nejen velké fyzické zátěže, ale i psychické, kterou pečování o tyto nemocné představuje. [4]

Demence lze rozdělit na dvě velké skupiny:

1. Demence s atroficko - degenerativním původem

- Alzheimerova choroba, smíšená (alzheimerovsko - vaskulární) demence, demence s Lewyho tělísky, frontotemporální demence, demence typu Parkinson, Huntingtonova chorea, progresivní supranukleární obrna, nemoc s argyrofilními zrny. [12]

2. Demence symptomatické, neboli sekundární

- tyto demence je možné rozdělit dále na vaskulární (vznikající na podkladě poškození mozkové tkáně cévními poruchami jako je např. mozkový infarkt) a symptomatické (vznikající na podkladě infekce, intoxikace, zánětů a nádorů mozku atd.) [1]

Statistiky se různě liší, ovšem průměrné zastoupení Alzheimerovy choroby mezi demencemi se odhaduje na 50%. Z toho je navíc minimálně 10% demencí smíšené etiologie, kdy se uplatňují jak alzheimerovské, tak i ischemicko - vaskulární změny.

Vývoj nemoci může trvat 8 - 20 let, v závislosti na podmínkách, zdravotním stavu člověka a mnoha jiných faktorech. Nemoc postupuje svým vlastním tempem a zhoršení u jednotlivců se neobjevuje v jednotné formě a nemá stejné příznaky. [4]

Alzheimerova choroba se může rozdělit dle doby manifestace prvních klinických příznaků na formu presenilní (s časným začátkem, kdy se první příznaky tohoto onemocnění objevují před 65 rokem) a na mnohem častěji se vyskytující formu senilní

(s pozdním začátkem, kdy se klinické příznaky projevují v 65 letech a později). [9]

V případech kde se vyskytuje tato choroba u více členů pokrevního příbuzenstva a kde jsou zjištěny genetické faktory podmíněné choroby, se hovoří o familiární formě Alzheimerovy choroby. Tato forma se vyskytuje častěji v mladším věku, jako forma s časným začátkem a podle jednotlivých statistik tvoří jen zlomky procent všech alzheimerovských pacientů. Jedná se o formu vzácnou. Většina případů nemoci nemá zjištěné genetické podmínění, tehdy se hovoří o sporadické formě choroby. [1]

1.2 Patogeneze

Pravděpodobně stěžejním patologickým mechanismem je mozkové extracelulární ukládání bílkoviny β - amyloidu. Tato bílkovina vzniká z amyloidového prekurzorového proteinu (v mozkových buňkách přítomen za normálních okolností, je tělu vlastní). Vyskytuje se v neuronech v několika frakcích, z nichž je nejvýznamnější transmembránová. Enzym α - sekteráza štepí za normálních podmínek amyloidový prekurzorový protein na fragmenty o délce 39 aminokyselin. Tyto fragmenty jsou označovány jako β - peptid, jsou solubilní a uplatňují se ve fyziologických procesech. U Alzheimerovy choroby však dochází k uplatňování patologických enzymů β a γ - sekteráz, které štepí amyloidový prekurzorový protein v odlišných místech než α - sekteráza. Takto vzniklé částice β - peptidu jsou delší, méně solubilní, koagulují a posléze polymerují. Tímto mechanismem vzniká β -

amyloid, jenž tvoří neurodegenerativní útvar - plak. V této oblasti pak dochází k celé kaskádě neurodegenerativních projevů, jako je mobilizování se gliových buněk, vzniku sterilního zánětu. Dále jsou uvolňovány volné kyslíkové radikály, cytokiny a aktivuje se zánětlivý enzym cyklooxygenáza - 2. Ve zvýšeném množství se uvolňuje L - glutamát a další excitační aminokyseliny. To dalšími mechanismy vede ke zvýšenému vstupu kalciových iontů do neuronů a odkrytí patologických genů pro programovanou smrt, čili apoptózu. Takto dochází k zániku neuronů. Navíc dochází k porušení glutamátergního přenosu, což následně brání mechanismu tzv. dlouhodobé potenciace, což je děj nezbytný k tvorbě paměťových stop. [1]

Mezi hlavní intraneuronální změny patří také degenerace τ - proteinu, který se váže na neuronální mikrotubuly, což následně vede ke vzniku neuronálních uzlíků - tangles. Tímto způsobem postižené neurony rovněž podléhají buněčné smrti. Mezi nejpostiženější neurotransmiterový systém patří acetylcholinergní, který je důležitý pro mechanismy paměti a vědomí. Dochází k poruše uvolnění a syntézy acetylcholinu z presynaptických zakončení, dále klesá počet nikotinových acetylcholinových receptorů. [9]

Při poruše kognitivních funkcí a rozvoji klinického obrazu demence hrají důležitou roli enzymy cholinesterázy, které v synaptické šterbine odbourávají acetylcholin. Navíc se tyto enzymy podílejí na formaci β - amyloidu a s β - amyloidem vytvářejí toxické komplexy. Makroskopicky se Alzheimerova choroba projevuje kortiko - subkortikální mozkovou atrofií. Avšak stupeň atrofie nemusí vždy odpovídat stupni demence. [1]

1.3 Genetické faktory

U malého počtu pacientů s Alzheimerovou chorobou (rozmezí desetin až několik procent) se vyskytuje choroba familiárně, u více pokrevních příbuzných v rodině. Proto jsou zkoumány genetické faktory nemoci. Bylo objeveno několik genových mutací na chromozomech 21, 14, 1, které vedou ke vzniku a ukládání patologické bílkoviny β - amyloidu. Dále existují i rizikové faktory podílející se na vzniku Alzheimerovy choroby. Na vzniku onemocnění se podílejí tzv. genetické

polymorfizmy - geneticky jedna zakódovaná bílkovina se může vyskytovat v několika formách, které se navzájem jen velmi málo odlišují např. některou aminokyselinou, a základní funkce této aminokyseliny zůstává u všech forem zachována. Takovou látkou je u Alzheimerovy choroby např. apolipoprotein E epsilon 4, což je bílkovina přenášející cholesterol. Tento protein ovšem není nezbytný ke vzniku choroby, ovšem u alzheimerovských pacientů se vyskytuje podstatně častěji než u ostatní populace. Existuje hypotéza, že Alzheimerova choroba je polygenní onemocnění, což znamená, že je třeba genetické podmínění na více místech a důležitou roli hrají též faktory negenetické. [3]

1.4 Klinický obraz

Ve většině případů demence vzniká velmi nenápadně, plíživě. Před klinickým projevem demence, se většinou nejprve projeví stav, který je označován jako lehká porucha poznávacích funkcí (mild cognitive impairment). Jedná se o poruchu paměti, která je přítomna objektivně i subjektivně a která je měřitelná psychometrickými testy. Nedosahuje však stupně demence, neobjevují se poruchy aktivit běžného denního života a neinterferuje s běžnými denními činnostmi. Ne však všechny tyto případy představují preklinické stadium Alzheimerovy nemoci. [1]

1.4.1 Pre - stadium Alzheimerovy choroby

Lidský mozek je jednou z nejdůležitějších součástí lidského organismu. V těle zdravého člověka, který je v produktivním věku, spolupracují všechny části mozku tak, aby se umožnil chod všech klíčových mozkových funkcí, mezi něž patří:

- schopnost se verbálně a neverbálně vyjadřovat
- využívat dlouhodobou a krátkodobou paměť
- schopnost řešit komplexní úlohy
- schopnost úsudku a logického myšlení
- využití rozsahu pohybů těla
- použití smyslů jako je hmat, čich, chuť, sluch, zrak
- schopnost integrovat informace

- schopnost komunikace s ostatními lidmi

Tyto uvedené funkce ovládá mozek a do jaké míry je člověk schopen je využít, je dáno jeho dovednostmi, vrozenými schopnostmi, výchovou, vzděláváním, tréninkem, praxí, duševními a fyzickými schopnostmi daného jedince. Všechny klíčové funkce jsou různě rozvinuty, ovšem i nejslabší používání jedné z nich poukazuje na to, že neurony v mozku jsou funkční a zdravé. [2]

1.4.2 Psychické funkce

Paměť

Je schopnost ukládat, udržet a vybavovat informace. Paměť lidí se realizuje neurony centrálního nervového systému (CNS) a integruje se s dalšími funkcemi např. s emotivitou, vnímáním a jednáním. Představuje jeden z nejvýznamnějších adaptačních a regulačních mechanismů. Lze ji dělit podle mnoha hledisek. Jedním z nich je dělení paměti na deklarativní (obsah lze popsat, vypovědět slovy, deklarovat) a procedurální - nedeklarativní (její obsah si jedinec neuvědomuje).

Právě deklarativní paměť bývá u Alzheimerovy choroby výrazně postižena. [12]

Dále lze paměť dělit dle doby udržení informace na:

- *krátkodobou* - vjemy se v této paměti uchovávají sekundy až minuty, přesunují se do paměti střednědobé, či dlouhodobé, anebo ztrácejí význam a jsou zapomínány. U Alzheimerovy choroby postižena už od počátečních stádií
- *střednědobou* - informace uchovává minuty až hodiny, spontánně vymizí či se přesouvají do paměti dlouhodobé
- *dlouhodobou* - trvání se počítá na dny až léta, či se jedná o trvalé zapamatování [4]

Paměť je mnohotvárný proces a není jednotná. Úlohou paměti je navozování jak příjemných, tak i nepříjemných vzpomínek. Do nich můžeme zahrnout: chutě, pachy, zvuky, pohledy, pocity, osoby, místa, objekty, atd. [2]

Pozornost

Jedná se o poznávací funkci. Je to schopnost vnímat určitý objekt, či více objektů najednou. K výrazným poruchám pozornosti dochází právě u demencí. Objevuje se roztržitost, koncentrace směřuje k objektům, které v tu danou chvíli nejsou vůbec důležité. Kolísá pozornost a vzniká neschopnost soustředit se na více objektů. [3]

Vědomí

Je schopnost uvědomovat si sebe sama, své vlastní prožitky, realitu okolí.

Vědomí má dva druhy poruch:

1. Kvalitativní poruchy: - představují poruchy obsahu vědomí

- vyskytují se jako tzv. deliria o různém stupni dezorientace
- bývají většinou krátkodobá, ale opakují se
- deliria nejsou součástí demence, ale vyskytují se jako přidružené příznaky demence

2. Kvantitativní poruchy: - do těchto poruch řadíme somnolenci, sopor, kóma

- u demencí se tyto poruchy mohou vyskytovat např. při hypoglykémii či hyperglykémii, při poraněních mozku [3]

Emoce

Jako emoce by se daly označit postoje ke skutečnosti, postoje k vnějším a vnitřním podnětům a požitekům. [1]

Afekty mohou být různého typu (např. vztek, smutek). Jedná se o krátké emoční odpovědi na zevní i vnitřní stimuly. Patří k normálnímu životu, ale jejich nahromadění a nezvládání je patické. U lidí postižených demencí se objevuje nekontrolovaná afektivita. Často se rozplácí, rozhněvají pro maličkosti apod. [3]

Nálady jsou oproti afektům dlouhodobější stavy, které se dají definovat jako vyladění k afektu jednoho typu. Krom normální nálady, která odpovídá dané situaci, se vyskytují chorobné (patické) nálady jako je depresivní nálada, úzkost a strach, dysforická nálada, euforická nálada. Tyto nálady se mnohem častěji vyskytují v seniu a u demencí jako behaviorální a psychologické příznaky. [1]

Vyšší city

Jedná se o trvalé znaky osobnosti daného člověka. Zaměřují se spíše na estetické a etické oblasti, obecné postoje k lidem a k okolnímu světu. I vyšší city jsou u demencí otupělé, ovšem záleží i na individualitě každého jedince. [3]

Vnímání

Prostřednictvím vnímání člověk poznává své okolí, diferencuje známé a neznámé podněty či situace a na základě těchto informací se orientuje. Je to schopnost reagovat na vnitřní a vnější podněty pomocí zraku, sluchu, hmatu, čichu atd. Do těžkých poruch vnímání řadíme halucinace a iluze. Jedná se o psychotické poruchy, které mají za následek ztrátu kontaktu s realitou. [5]

Halucinace jsou vjemy bez patřičného odpovídajícího podnětu. I když nejsou skutečné, pacient je o nich přesvědčen. Halucinace mohou být jak sluchové, zrakové i komplexní. [3]

Iluze je vjem vyvolán skutečným vnějším podnětem, ale je zkreslený, neodpovídá mu plně. Člověk jej vnímá jinak a je bezvýhradně přesvědčen o jeho správnosti. [5]

Myšlení

Jedná se o schopnost reálně odpovídat na zevní a vnitřní podněty, zpracovávat informace a adaptovat se na vnější prostředí. Je zprostředkováno pojmy a řečí. U demencí se vyskytuje bradypsychismus (zpomalené myšlení) a bludy (myšlenky neodpovídající pravdě). Bludy u demencí jsou často nelogické, pacient má často pocit okrádanosti a nepřátelství a nenechá si to ničím vyvrátit. Dále se u demencí může vyskytnout nesouvislost myšlení, tzv. inkohERENCE. Ta se nejvýrazněji projeví v řeči, která se jeví přeháněná, nelogická, bez obsahu. Dále se objevuje perseverace, neboli ulpívavé myšlení, které se projevuje neustálým opakováním myšlenky či slov. U zabíhavého myšlení, které se může také vyskytovat, se nemocný nadržuje základního tématu, ale neustále odbíhá k jiným nepodstatným věcem. [3]

Chování a jednání

Chování u dementních pacientů je neplánované, neuvědomělé. Naopak jednání je plánované a zaměřené. Oba tyto pojmy jsou motorickou odpovědí na vnější a vnitřní podněty. Častou poruchou chování u dementních pacientů je agitovanost. Jedná se o neustálý, někdy drobný psychomotorický neklid. [1]

Intelligence a intelekt

Jsou schopnosti se správně přizpůsobit změnám vnějšího prostředí, správně myslet. Intelekt je spíše schopnost abstrakce, generalizace a originálního řešení. Intelligence je spíše schopnost správného myšlení a adaptability. Obecně lze říci, že čím je intelekt vyšší před propuknutím demence, tím pomalejší je následně sestup do těžších stádií demence. [2]

Osobnost

Osobnost lze definovat jako duševní celek. Jedná se o soubor všech psychických vlastností daného člověka jako je např. charakter, temperament, intelekt a další vlastnosti. Může být postižena různou měrou, většinou úměrně k tíži demence. Vede k odlišnému prožívání, uvažování i chování. [5]

1.4.3 Projevy stáří

V životě se setkáváme s tím, že některá z důležitých funkcí našeho mozku začne slábnout. Zjišťujeme, že zapomínáme jména, nemůžeme si vybavit dané slovo, název určité věci či události. Nejsme schopni vykonat určité věci tak snadno a rychle jako dříve, trvá nám déle než zareagujeme. K těmto jevům může docházet vlivem stresu, nedostatečného spánku, fyzického onemocnění, či deprese, a vyřešení těchto problémů nás dostane zpět do normálního stavu. Pokud se objevuje trvalé snižování základních funkcí mozku, je důležité zvážit, zda se nejedná o přirozený proces v důsledku stárnutí, nebo o příznak Alzheimerovy nemoci. [2]

Charakteristické pro normální proces stárnutí je, že se kognitivní (myšlení, paměť, orientace, jazykové dovednosti, úsudek apod.) a psychomotorické funkce nemění a dále se nezhoršuje ani logické myšlení. Symptomy Alzheimerovy choroby jsou velmi problematické, nejedná se jen o vynechávání paměti. Hlubší příznaky začínají ohrožovat schopnost vykonávat aktivity běžného denního života, zvládání běžných úkolů. Objevuje se neobvyklý způsob rozhodování, či jednání. Nemocný má problém se naučit nové věci, objevuje se apatie, osamocení, pasivita, ztráta zájmu o přátele, koníčky. Člověk přestává komunikovat, více času věnuje spánku. Tyto změny nejsou náhlé, objevují se postupně a stávají se čím dál více zřetelnější. Ovšem ani jeden z výše uvedených projevů nemusí být charakteristický pro Alzheimerovu chorobu. Pokud se u člověka objevuje více těchto změn v chování, je pravděpodobné, že se nejedná jen o prosté stárnutí mozku, ale o něco závažnějšího. [12]

1.4.4 Projevy Alzheimerovy choroby

Schematicky můžeme Alzheimerovu chorobu rozdělit do 3 stupňů - na lehkou, střední a těžkou demenci [11]

Lehké stadium - dochází k poruchám paměti ve všech jejích složkách. Poměrně často se objevuje porucha prostorové a časové paměti. Pacienti zpočátku začínají bloudit v místech, která pro ně nejsou tak známá. Posléze ovšem i v místech jim velmi známých. Porucha paměti je jak objektivní, tak i subjektivní a pacient si ji tedy uvědomuje. Postupně ztrácejí soudnost a schopnost logického uvažování. Jsou narušeny jejich denní aktivity a ztrácejí též profesní dovednosti . Nemocný přestává zvládat běžné domácí práce a starat se o sebe sama. Rovněž se objevují poruchy nálad (hlavně deprese). Brzy nastává degradace osobnosti. [1]

Střední stadium - paměť se podstatně zhoršuje a dochází k výraznému úpadku intelektu. Z důvodu poruchy paměti může docházet až ke vzniku amnestické dezorientace. To má za následek, že si nemocný v důsledku poruch krátkodobé paměti nevstoupí , kde se nachází, a proto se chová dezorientovaně. Velmi často se také vyskytují výpadové korové jevy, ke kterým řadíme afázii (porucha tvorby a porozumění řeči), agnózi (neschopnost poznat a interpretovat smyslové vjemy, přičemž vlastní smyslové

ústroj včetně příslušných nervů není poškozeno), či apraxii (neschopnost vykonávat složitější a účelné pohyby - odemknout dveře, obléci se apod.). Poruchy denních aktivit jsou takového stupně, že nemocní přestávají být soběstační a jsou tak odkázáni na pomoc rodinných příslušníků, či profesionálních pečovateli. Často se vyskytují psychologické a behaviorální příznaky, které se vyznačují poruchami chování (agitovanost, psychomotorický neklid, verbální i nonverbální agresivita), psychotickými symptomy (bludy, deprese, úzkost), poruchami spánku (porušen cyklus spánku a bdění). Často se již v tomto stadiu Alzheimerovy demence objevuje inkontinence moči, někdy též stolice. [3]

Těžká demence - paměť je v tomto stadiu již tak těžce porušena, že jsou nemocní převážně dezorientovaní místem i časem. Nejsou schopni poznávat své známé a ani své nejbližší příbuzné. Jsou plně závislí na pomoci při zvládání základních denních aktivit, jako je základní hygiena, oblékání a svlékání se apod. Nejsou schopni psát, číst, smysluplně komunikovat se svým okolím. Jsou inkontinentní. Mohou se také objevit poruchy chůze, zhoršují se behaviorální a psychologické příznaky demence. Někdy dochází k nápadné kachektizaci, svalové atrofii. [1]

Alzheimerova choroba trvá v průměru od objevení se prvních příznaků po smrt 7 - 10 let. V mladším věku u forem s časným začátkem a genetickým podmíněním může být průběh rychlejší. Naopak byli popsáni pacienti, kteří s chorobou žili i více jak 15 let. Má plynule progredientní charakter (dochází k plynulému zhoršování bez větších výkyvů). Někdy se objevují fáze tzv. plateau (nápadné zpomalení průběhu). Je pravděpodobné, že s využitím nových léčebných produktů a přístupů se délka přežití bude prodlužovat. Pacienti s Alzheimerovu chorobou často umírají v důsledku interkurentních chorob, jako je např. bronchopneumonie. Častou příčinou smrti bývají také úrazy. Alzheimerova choroba je pokládána za jednu z nejčastějších základních příčin smrti (na čtvrtém až pátém místě). [9]

1.5 Diagnostika

V dnešní době se diagnóza demence stále ještě podceňuje, i když určité zlepšení nastalo. Často rodina i lékaři hodnotí některé projevy demence jako příznak stáří a nevěnují mu přílišnou a zaslouženou pozornost. Každá změna stavu, každý příznak demence je důležité vyhodnotit dobrým lékařem, popřípadě oslovit specialistu na tuto problematiku. [1]

Pro diagnostiku Alzheimerovy choroby neexistuje žádný stoprocentně spolehlivý test, diagnóza se proto stanovuje pomocí různých klinických a laboratorních testů. [11]

Pro stanovení diagnózy je významné, že dochází k poruše paměti a také alespoň jedné další z kognitivních funkcí. A to exekutivní, praktické, fatické či gnostické. Dále se musí odlišit, zda porucha paměti není způsobena deliriem, depresí ani jinou psychickou poruchou. [12]

1.5.1 Klinické vyšetření

Základem je získání pacientovy anamnézy (osobní, rodinné, sociální), kdy se lékař dotazuje nejen samotného pacienta, ale i jeho blízkých. Pacient s demencí si totiž často svůj problém neuvědomuje a nepřipouští. Příbuzný, či pečující osoba tak objektivizují data o příznacích, době a délce vzniku, průběhu onemocnění apod. [3]

Při zjišťování anamnézy se získávají cenné informace nejen verbální, ale i nonverbální. Lze posuzovat chování, upravenost, náladu, reakce na otázky apod. Měla by být snaha o uklidnění pacienta a navození důvěry. Dále by se měly respektovat pacientovy případné komunikační limitace. [5]

1.5.2 Fyzikální vyšetření

Jedná se o posouzení změn jak morfologických tak i funkčních. Hodnotí se celkový dojem a vzhled, smyslové poruchy, nutriční stav, hydratace. Dále se posuzuje neurologický stav, kdy se lékař zaměřuje na stranovou dominanci, vědomí, orientaci, pozornost, paměť, exekutivní funkce, logické myšlení, stoj, chůze, čítí, funkce hlavových nervů a končetin. [1]

Aby se mohla diagnostikovat demence, měla by být splněna následující kritéria:

- nesmí být přítomna kvalitativní porucha vědomí (deliria se ovšem mohou vyskytnout, jako doprovodný příznak demence)
- porucha paměti nesmí být způsobena primárně depresí (může se však přechodně vyskytovat jako doprovodný příznak)
- bývá přítomna porucha abstraktního myšlení, soudnosti či jiné poruchy vyšších kórových funkcí
- je přítomen úbytek kognitivních či exekutivních funkcí
- jsou přítomny poruchy paměti, orientace, chápání, pozornosti, motivace, chování, emotivity a též osobnosti [12]

1.5.3 Orientační vyšetření poznávacích funkcí

K diagnostice je používána řada testových metod a výkonnostních testů. Zkoumají se neurologicko - psychiatrické funkce. Provádí je neurolog, psycholog, či psychiatr. Test sám diagnózu neurčí, ovšem přispěje k jejímu stanovení. Test často bývá pro pacienta stresující, proto je dobré pacienta na toto testování uklidnit, připravit. Lékař předem určí, který test pro daného nemocného bude nejvhodnější a tím sníží zátěž pro pacienta. Nejužívanějším a také nejznámějším testem je Mini Mental State Examination - MMSE.³ [3]

Dále se používají:

Wechslerova škála paměti - poskytuje detailní informace o slovní i zrakové paměti, zvláště testuje okamžité i oddálené vybavení. Zjišťuje stav orientace, logické paměti, zapamatování dvojice slov a tváří, seznamu slov, uspořádání čísel a písmen apod.

WAB - jedná se o testy řečových funkcí, kdy se hodnotí spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění. Dále se používají názorové testy, kdy se hodnotí schopnost čtení, psaní, počítání, vykonání úkolu apod. [3]

Test hodin -jednoduchý a citlivý test pro získání orientace o přítomnosti postižení mozku. Pacient má za úkol nakreslit ciferník hodin a do něj ručičky ukazující za 10 minut 1 hodina. [12]

Test kreslení dráhy - posuzuje schopnost plánování, zrakově pohybovou koordinaci, pozornost, schopnost přizpůsobovat se atd.

³ Příloha č. 3 - MMSE -Mini Mental State Examination

Stroopův test - vhodný k testování pozornosti, mentální pružnosti a schopnosti adaptace na zátěž. [3]

ADL -Activities of Daily Living ⁴- aktivity každodenního (všedního) života

IADL - Index of Independence in Activities of Daily Living ⁵- instrumentální ADL

Dále se u pacientů hodnotí míra deprese - škála dle Yesavage⁶ a chování (BEHAVE - AD) ⁷ apod. [9]

⁴ Příloha č. 4 - ADL - Activities of Daily Living

⁵ Příloha č. 5 - IADL - Index of Independence in Activities of Daily Living

⁶ Příloha č. 6 - Geriatrická škála deprese dle Yesavage

⁷ Příloha č. 7 - BEHAVE - AD

1.5.4 Zobrazovací metody

Počítačová tomografie (CT) a nukleární magnetická rezonance (MR) poukážejí na morfologické odchylky jako kortikosubkortikální atrofie bez dalších např. cévních změn. [9]

Ovšem ani u pokročilé alzheimerovské demence toto nemusí být pravidlem. SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie) a PET (pozitronová emisní tomografie) poskytují informace o metabolismu mozkové tkáně, přítomnosti neurotransmiterů a kvalitě cévního prokrvení. [3]

EEG (elektroencefalografie) vyloučí, či potvrdí organickou změnu typu demence. Přítomné difúzní abnormality, jako je zpomalení alfa rytmu, zhoršení odpovědí na běžné aktivační metody, disperzní theta vlny s častějším výskytem ve fronto-temporální oblasti poukazují na Alzheimerovu demenci. [9]

1.6 Terapie u Alzheimerovy choroby

1.6.1 Farmakoterapie

Léčba se skládá z biologických a zároveň i psychosociálních faktorů. Z biologického hlediska je nejdůležitější farmakoterapie. Tu lze dělit na kognitivní (zaměřující se na poznávací funkce, jako je paměť, intelekt, motivace atd.) a nekognitivní (působící na chování, emoce a spánek atd.). Kognitivní farmakoterapie je základní terapie, ale není zatím v současné době zaměřena na příčinu onemocnění. U lehčích a středních forem jsou lékem volby inhibitory cholinesteráz (acetylcholinesteráz v mozku a někdy také i bytyrylcholinesteráz). Jedná se o enzymy likvidující jeden z nejvýznamnějších přenašečů vzruchu - acetylcholin. Tento neurotransmitter se méně tvoří a také je méně uvolňován hlavně u pacientů trpících Alzheimerovou chorobou a i u dalších typů demencí. Má velký význam právě pro paměť. Proto zablokováním enzymů cholinesteráz v mozku má za výsledek zvýšení množství mozkového acetylcholinu a tím i zlepšení paměťových funkcí. Dále se sníží tvorba i toxicita β - amyloidu. Z inhibitorů cholinesteráz se u nás používají hlavně

dopenezil (Aricept), rivastigmin (Exelon) a galantamin. Inhibitory cholinesteráz se nesmějí podávat u pacientů s těžkými předvodními poruchami srdce, jelikož způsobují bradykardii a s vředovou chorobou gastroduodena. [1]

V těžších stadiích Alzheimerovy choroby se doporučuje používat tzv. excitační aminokyseliny. Tato látka se nazývá memantin a působí neuroprotektivně (chrání nervovou buňku a zlepšuje schopnost učení). [3]

Také je používaná řada látek, které mají spíše doplňkový účinek. Vychytávají a likvidují volné kyslíkové radikály, které se vytvářejí při látkové přeměně a mají velmi krátké trvání. Jsou využívány jako stavební jednotky nově vzniklých látek a mají svůj význam. Za normálních okolností je vznik a zánik v naprosté rovnováze a při jejich nadbytku jsou organismem odbourávány. U Alzheimerovy choroby jsou volné kyslíkové radikály v nadbytečném množství a váží se na stěny nervových buněk a další tkáně a způsobují jejich poškození. Mezi látky vychytávající volné kyslíkové radikály řadíme vitamin E a C, betakarotén, retinol, selen a další. [1]

Nootropní léky a příbuzné látky zlepšují především mozkovou látkovou výměnu, využitelnost glukózy a dalších živin, zabraňují nedostatku kyslíku. Patří mezi ně piracetam, či pyritinol. Některé z nich mají vliv i na mozkové cévy a krevní průtok, jako např. nicergolin, vinpocetin a naftidrofuryl a extrakt ze stromu jinanu dvoulaločného (ginkgo biloba). [3]

Tzv. nekognitivní farmakoterapie ovlivňuje poruchy chování, změny nálad a afektů, neklid, poruchy spánku, deliria apod. Používají se tzv. antipsychotika II. generace, které mají minimum nežádoucích účinků a vedlejších účinků a rovněž jsou používána jako moderní antidepresiva a anxiolytika. [3]

1.6.2 Psychosociální léčba

Z nebiologických přístupů je důležitá aktivizace pacienta, reedukace základních životních dovedností apod. Používají se nejrůznější metody, které jsou ovšem spíše zaměřené na fázi rozvinuté demence a fázi pokročilou.

Mezi tyto metody řadíme :

Programované aktivity

Jak je všeobecně známo, rozvinutá fáze Alzheimerovy choroby může zpravidla trvat až několik let. Pacienti jsou schopni se v určité míře podílet na péči o sebe sama, komunikovat, účastnit se na nejrůznějších aktivitách. Naopak komplikací může být jak pro rodinu, tak i pro jakékoliv kolektivní soužití, pokud se jim tyto aktivity nenabízejí. Zpravidla dochází k nežádoucímu poruchovému chování a také k poruchám denního rytmu. Pacienty ovšem nelze do jednotlivých činností nutit. Žádoucí je, aby byli šetrně a též systematicky vedeni k aktivitám a zachování určitého denního rytmu. Zároveň však musí být zachovány jejich přání a preference. [3]

Měla by být respektována osobnost, vůle, aktivita i pasivita nemocného. Cílem programování aktivit je vytváření podpůrného prostředí jak po stránce materiální, psychologické, sociální, tak i duchovní. Jedná se o společné hledání toho, co klientovi dělá radost, dává mu smysl a též pocit příjemných prožitků. [1]

Individualizované aktivity

S postupným zhoršováním celkového stavu, jak psychického tak i somatického, je důležitá individualizace aktivit. Pacienti se i nadále mohou účastnit denních aktivit, ovšem je důležité je nenutit. Nemusíme být již tak důslední jako u lidí ve střední fázi. Ovšem i nadále se snažíme nabízet různé činnosti, které by měly být pestré a zároveň jednoduché, vedoucí k sebeobsluze atd. [1]

Reflektivní podpora

Reflektivní podporou rozumíme celostní multidisciplinární přístup, který vychází z poznatků moderní vědy a je založený na několika následujících principech.

1. Člověka s demencí vnímáme jako důstojnou a jedinečnou lidskou bytost a tak bychom se k němu měli chovat i v situaci, kdy není schopen poskytnout adekvátní odezvu.
2. Všemi možnými úkony podporujeme důstojnost a autonomii.
3. Snažíme se jednat v souladu s přáními daného jedince.
4. Během léčby a péče neustále hodnotíme momentální stav a potřeby pacienta s demencí
5. Snažíme se eliminovat nepříjemné vjemy a naopak poskytnout a zprostředkovat podněty příjemné a příznivé
6. Komunikaci přizpůsobit stavu pacienta a dodat mu pocit bezpečí, podpory a jistoty.
7. Pečující personál i rodinní příslušníci by měli vytvořit spolupracující tým a být si rovni, i když každý zastupuje jinou roli. [3]

Orientace realitou

Patří k nejstarším přístupům k pacientům postiženým demencí. V současné době ovšem používáme jen některé prvky, nikoliv celkový přístup jako takový. Lidé s demencí, z důvodů poruch kognitivních funkcí, vnímají realitu jiným způsobem. Často mají představu, že žijí jejich blízcí, kteří dávno zemřeli, očekávají je, hovoří o nich apod. Pokud jim vysvětlíme, jak tomu je doopravdy, často se rozesmutní. Posléze ovšem zapomenou, co jsme jim vysvětlili, ale pocit smutku u nich přetrvává. Proto je důležité pro ošetřující osoby, aby jim tyto myšlenky nevyvraceli, ale naopak s nimi pracovali. Pro orientaci realitou lze využívat některé prvky jako např. hodiny a kalendář na viditelném místě, nástěnka znázorňující roční období, barevné a jasné nápisy, označení atd. [3]

Validatione

Pojem validace znamená toleranci, vcítění a empatické naslouchání pacientům s demencí. Základem validace je úcta k pacientovi, jeho přijetí a respektování, snaha vycházet z jeho zájmů apod. [3]

Jedná se o soubor přístupů, který se snaží vycházet z toho, že každé chování člověka s demencí má nějakou příčinu a je doprovázeno emočním laděním v souvislosti se vzpomínkami z minulosti. [13] Tyto přístupy předpokládají, že

pacienti mají potřebu se vyrovnat se svým životem, bilancovat, ospravedlnit a uzavřít svou minulost. Pečovatel by měl vzít na vědomí příčiny daného zvláštního chování jedince a dát tímto jejich chování smysl a cenu. Měl by zhodnocovat jejich projevy.

[1] Validovat znamená vcítit se do pacienta, přijmout a uznávat jeho osobnost. [13]

Když například nemocný hovoří o svém blízkém, očekává ho a nechce se zapojovat do potřebné aktivity, pečující jej v tomto případě neopravuje, ale zároveň jeho mylný názor nerozvíjí a neposouvá nepravdivým směrem. Pečující by měl dané téma přijmout, hovořit o něm s nemocným a postupně pacienta uklidnit a dopracovat ke spolupráci na aktivitě, do které se předtím nemocný nechtěl zapojit. V pozdějších stadiích demence patří k validačním technikám dotek, zrcadlení, hudba, upřímný delší dotek, empatické naslouchání a intuice. [3]

Kognitivní trénink a rehabilitace

Kognitivní trénink vyjadřuje procvičování kognitivních funkcí. Jedná se o prevenci kognitivních poruch ve smyslu involučních změn a posilování stávajících schopností. Vychází z předpokladu, že schopnost učení a plasticita mozku trvá celý život, tedy i ve stáří. Hustotu synaptických sítí zvyšuje mozková aktivita, učení je proto více účinné pokud je zapojeno více kanálů a jsou posíleny všechny prožitkové dimenze. Náročnost cvičení je nutné individuálně přizpůsobit jednotlivým účastníkům. Zejména pro pacienty s mírným stupněm demence může být kognitivní trénink jistým způsobem stresující, proto je důležité navodit důvěru, poskytnou vždy pozitivní zpětnou vazbu a pochválit za výkon. V naprosté většině sice nedochází k zlepšení kognitivních funkcí, jelikož onemocnění postupně a jistě progreduje, ovšem dá se považovat za jednu z mnoha forem aktivizace a zabavení. Ve fázi rozvinuté demence se používají hlavně cvičení na dlouhodobou paměť, která je poměrně dlouho zachována, takže se dosáhne lépe úspěchu. [1]

Reminiscence

Reminiscence je vzpomínání, vyvolávání vzpomínek a jejich podporování. Využívá se tehdy, když si nemocní uvědomují minulé zážitky a mají zároveň zachovány ještě některé z kognitivních funkcí. [13] Společně s nemocným se

vzpomíná na různé věci, které jsou pro něho důležité. Je zároveň důležitá spolupráce s pacientovou rodinou, která může poskytnout užitečné informace o životě jejich blízkého a také může poskytnout staré fotografie, či drobné předměty, které mohou vyvolat vzpomínky na dřívější časy, které pacient prožil a na které rád vzpomínal. Pro pečující je velmi užitečné zjistit základní informace o rodinném, pracovním a společenském životě nemocného. Umožní to navázat lepší kontakt a často i odezvu ze strany pacienta, kterou i on potřebuje. Posloužit mohou i různé předměty připomínající mládí a předchozí život např. památníky, oblíbené knihy, drobnosti, dopisy, film, hudba a mnoho dalšího. [3]

Reminiscence může také probíhat v malých skupinách, kde se určí téma, kterým se bude zabývat - vojna, práce, škola a podobně. Důležitá je však znalost účastníku a to hlavně z důvodů vyvarovat se bolestivým a nepříjemným tématům. Mělo by se jednat o příjemný zážitek a podpořit se lidská důstojnost. [1]

Naučený postup

Jedná se o návody, které přibližují jakým způsobem je nemocný zvyklý dělat jednotlivé aktivity, jak vypadá jeho denní rytmus, co má rád a co zase ne a podobně. Tyto informace jsou nepostradatelné v situacích, kdy se u nemocného střídají pečující osoby, či přechází z jednoho prostředí do jiného. Některá pracoviště používají dotazník, vstupní rozhovory a jiné metody, kdy hlavním cílem je zjistit tyto co nejpodrobnější informace a údaje. Pokud se toto respektuje, pečující si tímto usnadní práci. Předchází se tak neklidu, agresivitě, bloudění a mnoha jiným situacím. [3]

Prostředí pro lidi trpící demencí

Prostředí pro lidi s demencí by mělo být vlídné, domácí, bezpečné bez zbytečných bariér, uzpůsobené pro dobrou orientaci a podobně. Zařízení pro lidi s demencí by měla být projektována tak, aby umožňovala kvalitně uspokojit jejich potřeby. V praxi je ale realita jiná. Ovšem pokud bychom měli hovořit o ideálu, oddělení by mělo kapacitu maximálně 20 obyvatel, poskytovalo by dostatečné prostory pro společné aktivity, chození i obytné jednotky. Ideálem by byly jednolůžkové pokoje poskytující v případě potřeby nemocného dostatek soukromí. Dále by se na oddělení měla vyskytovat společná místnost pro denní aktivity. Dále by nemocní měli mít možnost přecházet mezi vnitřním a venkovním prostorem bez omezení, ovšem zajištěn tak, aby

nemocní ohrožení blouzněním, jej mohli opustit pouze s doprovodem. Všechny prostory by měly být dostupné, přehledné, orientačně jednoznačné, označené, stabilní a co nejméně se měnit. Jen tak si na ně lidé s demencí mohou zvykat a postupně se orientovat. [3]

2 Jak nejlépe pomoci člověku s demencí

K pacientům trpícím demencí je zapotřebí přistupovat trpělivě, empaticky, snažit se pátrat po tom, co potřebují a co by si přáli. Pokud možno na ně nespěchat, usilovat o to, aby pacient byl svojí nemocí a jejími následky co nejméně konfrontován. Měli bychom usilovat o to, aby pacient dostával pocit jistoty, bezpečí, lásky, sounáležitosti a seberealizace. Dále bychom měli eliminovat zmatek a případná nedorozumění. Mít neustále na paměti, že se jedná o člověka, který je i přes svou nemoc stále jedinečná osoba a cenná lidská bytost. Používat bychom měli nejen komunikaci verbální, ale i nonverbální. Tím pečující usnadní situaci a zpříjemní péči jak sobě, tak i pacientům.

[13]

Je důležité zhodnotit míru závislosti pacienta na druhé osobě. Pomáhat mu s věcmi, které nedovede sám, ovšem nedělat vše za něj. Měla by se v maximální míře podporovat jeho samostatnost. Jen tak se mu pomůže zachovat určitý stupeň soběstačnosti. [2]

Hygiena

Pacienta s demencí je nutné povzbuzovat a vést k dodržování denní hygieny. Mělo by se jednat o klidnou, odpočinkovou a příjemnou záležitost. Pokud je to možné, je dobré, aby se myl sám, a popřípadě mu pomoci, připomenout mu potřebné jednotlivé kroky. [11]

Vyprazdňování

Nejen pro pacienta s demencí je v oblasti vyprazdňování především důležitá pravidelná strava bohatá na vlákninu (celozrnné pečivo, ovoce, zelenina) dostatek tekutin a pokud je to možné i dostatek pohybu. Je důležité, aby nemocný snadno poznal umístění toalety pomocí označení na dveřích a stále svítícího světla. Je dobré, aby nosil oblečení, které se snadno uvolňuje a svléká. Bezprostředně před spaním mu

nenabízet tekutiny.

Nemocní v těžších stádiích Alzheimerovy choroby necítí ani hlad a ani žízeň, proto je důležité si všimnout příznaků dehydratace. Pokud organismus potřebuje více tekutin, ztrácí jazyk své růžové zabarvení, je oschlý a pokrytý bělavým povlakem, kůže ztrácí svůj tonus a může se objevit dezorientace, neklid, apatie či celkové zhoršení stavu.

[2]

Vstávání a ulehání

Pokud pacient je schopen sám vstát z postele, je ještě poměrně zachována jeho soběstačnost. Je ovšem důležité, aby lůžko nebylo moc vysoko, nebo naopak nízko. Měli by se odstranit zbytečné překážky kolem lůžka a v cestě, zajistit dostatek světla (ve dne i v noci), dohlédnout na pevnou obuv nemocného, upevnit elementy, kterých se přidržuje a dát madla tam, kde se potřebuje přidržet. [11]

Pokud má nemocný problémy s udržení rovnováhy, je důležité zajistit pravidelnou rehabilitaci a kompenzační pomůcky (hůl se třemi opěrami, chodítko apod.). Měli bychom se při doprovázení pacienta přizpůsobit jeho tempu a mít trpělivost. [13]

Stravování

U lidí s Alzheimerovou chorobou se může objevit jak nadměrná chuť k jídlu, tak i naopak malá. Při nadměrné chuti je zapotřebí omezit přístup k nemocného k potravě s vysokým obsahem tuků a cukrů. Je nezbytné uschovat chemikálie a nebezpečné látky, které by mohl při hledání stravy požívat. Naopak při těžších stádiích nemoci je nutné nemocnému při jídle pomáhat. Jídlo podávat vždy ve stejnou dobu, na stejném místě. Nemocného bychom měli posadit k prostřenému stolu, aby bylo zřejmé, že se bude jíst. Poskytnout mu příbor. Pokud již není schopen jíst příborem, dovolit mu jíst rukama. Je podstatné mít na mysli, že nemocný nemusí rozlišit horké a studené, proto musíme dávat pozor, aby se nespálil. V případě neschopnosti polykat, je na rozhodnutí lékaře zda se zavádí sonda či PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie). [11]

Agresivita a podrážděnost

Pacient může začít projevovat agresivitu bez jakéhokoliv zřejmého důvodu a směřovat ji k pečovateli. Neměli bychom se cítit dotčeni a uraženi. Je to totiž jediný způsob jak nemocný dokáže reagovat na pocity zmatenosti, úzkosti apod. Neměli bychom tedy ztrácet trpělivost a nedávat najevo strach. Dále bychom se měli snažit o upoutání pozornosti nemocného na jiné subjekty, zaměstnat ho různými činnostmi. Popřípadě se dají podávat po dohodě s lékařem různá farmaka. Snažme se odhalit příčinu takového chování, zda nedošlo k nějakým změnám v pacientových návycích, zda nemá nějaké bolesti atd. [2]

Komunikace

Při komunikaci bychom se měli vždy pacientovi dívat do očí. Dbát na správné oslovení, snažit se hovořit pomalu, zřetelně, používat jednoduchá slova a věty. Dle potřeby slova a věty i několikrát opakovat, nikam nespěchat, být trpěliví. Používat přátelská gesta a pohledy, snažit se pacienta uklidnit. Pokyny podávat postupně, sdělovat mu co děláme, nenaléhat na něj. [13]

Apatie, úzkost, neklid, podezřavost a halucinace

U člověka s Alzheimerovou chorobou dochází často ke změnám nálady. Ve většině případů k ní dochází tehdy, když si člověk uvědomí svou neschopnost adekvátně se vypořádat s některými situacemi a požadavky. V tomto případě bychom se měli snažit pacienta uklidnit, vyslechnout ho, neopravovat ho a nic mu nevyvracet. Spíše s ním sympatizovat a sdělit mu, že jeho pocitům rozumíme. [13]

U pacientů s postupující progresí onemocnění se prohlubuje dezorientace a zmatenost. Objevují se bludy. Nakonec může docházet k tomu, že nás nemocný obviňuje z věcí naprosto nepravdivých (např. že mu něco krademe, chceme ho otrávit apod.) Jindy se mohou také objevovat halucinace, kdy nemocný vidí či slyší lidi, kteří tam vůbec nejsou atd. V těchto situacích bychom neměli nic vyvracet, nevymlouvat, nezpochybňovat. Snažit se spíše pacienta uklidnit a nezvyšovat na něj hlas. Pokusit se podat vysvětlení, pokud to daná situace žádá. Může se též ukázat, že se o halucinaci či blud nejednalo, ale byl to pouze omyl. Nikdy bychom neměli ztratit trpělivost a spíše se pokusit jeho pozornost odvést od daného problému a přimět ho, aby myslel na něco jiného. [2]

Prostředí

Dezorientace a zhoršování paměti vyžadují určité změny prostředí, v němž nemocný žije. Cílem těchto uprav je zabránit nehodám nemocného. Je vhodné zvolit jen takové změny, které jsou nezbytné pro zvýšení bezpečnosti, pohodlí a lepší zvládání stresu člověka s demencí. Změny by se měly provádět postupně, uzpůsobit je jednotlivým fázím choroby a měly by usnadňovat život nejen nemocnému, ale i pečujícím. [11]

Kuchyně

- pokud to lze, je vhodné vyměnit plynový sporák za elektrický
 - pokud toto nelze, měl by se vypínat přívod plynu před spaním, nebo pokud je nemocný doma sám
 - je důležité schovat zápalky, zapalovače
 - před spaním by se měly vypnout ze zásuvky všechny elektrické spotřebiče
 - je vhodné též schovávat odpadkové koše, nemocný by mohl zahodit něco cenného
- [2]

Koupelna

- je nutné odstranit ze dveří koupelny zámek, aby se nemocný nemohl zamknout
 - měly by se odstranit všechny předložky, které by mohly způsobit pád nemocného a čisticí a prací prostředky, které by nemocný mohl požit
 - ve vaně by měla být protiskluzová podložka a vedle vany, či sprchy umístěna držadla
- [11]

Podlahy

- vyhnout se leštění a pastování, nemocný by mohl uklouznout
- odstranit koberce
- odstranit dekorační předměty apod. [2]

Schody

- je vhodné je potáhnout protiskluzovým materiálem

- nainstalovat po obou stranách pevné zábradlí
- umístit nahoře i dole uzavíratelnou branku [11]

Okna

- k vhodným opatřením patří nainstalování bezpečnostních zámků, či ochranných mříží [13]

Vstupní dveře

- vhodné je vybavit dveře bezpečnostními klikami
- klíče mít z dosahu nemocného
- boty, kabáty a podobně nenechávat u dveří, člověka s demencí to “navádí” k odchodu

[2]

3 Obecné zásady přístupu k nemocným s demencí

- Základem je postoj pečujícího. Pacienti potřebují být ujištěni o tom, že jim chceme pomoci, že o ně máme zájem a záleží nám na nich. Pacient by měl mít pocit, že je vnímám a respektován, i když trpí demencí. Je vhodné se přizpůsobit jeho individuálním možnostem a potřebám, přijmout ho se všemi lidskými aspekty a brát ho především vážně.
- Je důležité získat o pacientovi co možná nejvíce informací a díky nim navázat co nejlepší kontakt a přizpůsobit péči jeho zvykům a potřebám, kdy hlavním cílem je zajistit dobrou kvalitu života. [3]
- Člověk s demencí potřebuje mít stále pocit určité hodnoty, ocenění, a proto je dobré k němu přistupovat podobným způsobem, jako když byl ještě zdrav. Brát na vědomí jeho city a nevyvracet je, i když se jeví jako nereálné a nemožné.
- Nemocného bychom neměli kritizovat, nepoukazovat na jeho nedostatky, neponižovat, nevysmívat. Každé chování a řeč nemocného mají svůj skrytý význam a téměř vždy tak reaguje na své pocity, starosti a obavy. [13]
- K podpoře dobré nálady nemocného je na místě povzbuzování, vyhýbání se situacím, ve kterých by nemocný mohl selhávat. Chválení a ocenění za každou maličkost [11]
- Pro podporu paměti lze využívat řadu pomůcek pro udržení a zlepšení paměti. Záleží vždy na stadiu demence. Měla by se dodržovat stabilita, pravidelnost, zaběhnuté postupy. Paměť lze podporovat i prohlížením fotek, zpíváním písniček,

nalepenými cedulkami se jmény umístěnými na daných předmětech apod. [2]

- Důležité je věnovat nemocnému dostatek pozornosti, a to pokud možno za každé situace.
- Potřeba fyzického kontaktu je velmi individuální. Pokud nemocného uklidňuje, dává mu pocit bezpečí a je mu příjemný, je dobré mu dopřát např. delší podržení ruky, pohlazení rukou, ramen, hlavy apod. [3]
- Je třeba mluvit v jednoznačných a jasných větách či otázkách. Pacient by nám měl vidět do obličeje, cítí se tak lépe a my zároveň můžeme zhodnotit, zda nám rozumí. Nonverbální komunikace by měla být zároveň názorná a přiměřená. V komunikaci se snažíme nespěchat a používat krátká sdělení. [13]
- Snažit se porozumět a pochopit, co nám chce pacient říci, vyjádřit. Popřípadě tuto myšlenku dokončit.
- Pro zmírnění agitovanosti je třeba pacienta respektovat, ujišťovat, že zařídíme co je třeba. Řešení ovšem odkládáme až do doby, než stav odezní. Kladením odporu by se chování ještě zhoršovalo a mohlo by popřípadě přejít do agresivity. Je velmi důležité umět vyhodnotit pacientovy reakce a typy chování. Ty mohou signalizovat jeho potřeby jako je hlad, žízeň, bolest, potřeba spánku a odpočinku. [3]
- Nepostradatelná je komunikace s rodinnými příslušníky. Pomáhá nejen k diagnostice onemocnění, stanovení léčby a postupu péče, ale i k zjištění informací o tom, co má pacient rád, jaké jsou jeho zvyky, jaký byl jeho život apod. [13]

Česká Alzheimerovská společnost

Vznikla v roce 1997 nejen díky profesionálům, ale i díky rodinným příslušníkům, kteří měli pocit, že problematice demencí není u nás věnována dostatečná pozornost. Zaškolení pracovníci podávají osobní i telefonické informace a také zajišťují osobní konzultace s odbornými pracovníky této společnosti. Směřují klienta na další zdroj informací a zajišťují další služby a projekty Alzheimerovské společnosti. Česká Alzheimerovská společnost se také snaží informovat laickou veřejnost o této problematice a poskytnout tak dostatek informací pro včasnou diagnostiku nemoci. Dále poskytuje informační listy pro pacienty s demencí a jejich rodinné příslušníky. Cílem je podat dostatek informací pro zvládnutí situací spojených s touto chorobou. Na poradnu společnosti se mohou obracet též lidé, kteří mají podezření na zhoršování paměti. [3]

Alzheimerovská společnost též pořádá setkání rodinných pečujících - tzv. “ Čaje o páté”. Pečovatelé si tu za podpory erudovaného pracovníka vyměňují zkušenosti s péčí o svého blízkého, pocity, zážitky a navzájem si tak poskytují jistou podporu. [2]

Dále společnost podporuje rodinné příslušníky, kteří již ukončili svoji roli pečovatele. Tito lidé se setkávají v přítomnosti psychologa a je zjištěno, že často účelem dalšího setkávání je možnost se svěřit se svými problémy a setkat se s lidmi, kteří měli stejný úděl. [3]

Společnost též zajišťuje respitní péči. Jedná se o službu rodinným pečujícím, kdy respitní pracovníci převezmou na několik hodin péči o pacienta s demencí. Cílem je poskytnout pečujícím čas na odpočinek, vyřízení potřebných záležitostí a umožnit nabrat další síly na pečování. [11]

III. VÝZKUMNÁ ČÁST

IV. VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Cíl výzkumu

Cílem praktické části mé bakalářské práce je zhodnocení, jak jsou dostatečně informováni nejen pacienti, ale i jejich rodinní příslušníci o charakteru nemoci, jejím postupném vývoji a léčbě. Zda rodinní příslušníci byli obeznámeni s tím, co péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou obnáší a kam se popřípadě mohou obrátit o pomoc.

Cíle bakalářské práce:

1. Zmapování stávajícího stavu a situace u pacientů s Alzheimerovou chorobou
2. Zlepšování kvality života u pacientů/klientů s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou
3. Edukace pacienta/ klienta a jeho rodiny

Předpoklady bakalářské práce:

1. Předpokládám, že pacient/klient není často dostatečně informován o tom, jak se vypořádat s Alzheimerovou chorobou
2. Myslím si, že častěji jsou Alzheimerovou chorobou postiženy ženy
3. Domnívám se, že rodina není dostatečně informována o péči u pacienta s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou.

4.2 Metodika výzkumu

4.2.1 Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky, informace a údaje byly získány prostudováním odborné literatury, časopisů, zdrojů na internetové síti, praxí v léčebně dlouhodobě nemocných a osobním seznámením se s činností v centru pro poruchy paměti.

4.2.2 Charakteristika souboru respondentů

Zkoumaný soubor respondentů byl vybrán dle následujících požadavků

- a) jedná se o pacienty s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou
- b) jedná se o rodinné příslušníky, kteří pečují o nemocného s Alzheimerovou chorobou

Výzkum probíhal v Libereckém kraji a to na odděleních léčebny dlouhodobě nemocných Krajské nemocnici v Liberci, v centru pro poruchy paměti v Krajské nemocnici v Liberci a za spolupráce domácí péče též v Krajské nemocnici v Liberci. Dále se výzkum uskutečnil na interním oddělení a jednotkách intenzivní péče Masarykovy městské nemocnice v Jilemnici.

Z počátku byly vypracovány dvě verze dotazníků. První verzi dotazníku určenou pro pacienty s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou adekvátně vyplnili 3 pacienti z celkového počtu 55 respondentů. Druhou verzi dotazníků směřovanou na rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou adekvátně vyplnilo 52 respondentů z celkového počtu 55 oslovených.

4.2.3 Užitá metoda šetření

Ke zpracování praktické výzkumné části byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu formou anonymního dotazníku.

K získání informací a dat byly použity dvě formy dotazníku. První pro pacienty s Alzheimerovou chorobou¹ a druhý pro rodinné příslušníky těchto pacientů.² Oba dotazníky obsahovaly soubor formulovaných otázek pro získání potřebných dat, nezbytných k výzkumnému šetření. Dotazníky byli zpracovány v tištěné podobě a takto jsem je osobně rozdávala při mé probíhající praxi na oddělení LDN v Liberecké krajské nemocnici, na domácí péči spadající také pod Krajskou nemocnici v Liberci, na interním oddělení a jednotkách intenzivní péče Masarykovy městské nemocnice v

¹ Příloha č. 1 Dotazník pro pacienty s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou

² Příloha č. 2 Dotazník pro rodinné příslušníky pacientů s Alzheimerovou chorobou

Jilemnicki a za pomoci Mgr. Lucie Ptáčkové v centru pro poruchy paměti v Liberecké krajské nemocnici.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 52 respondentů z řad rodinných příslušníků. Vyšlo najevo, že první verzi dotazníků bylo schopno vyplnit jen naprosté minimum respondentů (3 pacienti z celkového počtu 55 respondentů). U zbylého počtu nemocných byla rozvinuta porucha paměti, orientace, chování a osobnosti v takové míře, že nebylo možné adekvátně údaje odebrat. Proto se výzkum zaměřil na osoby pečující o tyto nemocné.

Dotazník určený pacientům obsahoval 11 otázek a dotazník pro rodinné příslušníky obsahoval otázek 15. Otázky byly vypracovány tak, aby byly jasné a srozumitelné. Úvod dotazníku objasňuje cíl výzkumného šetření, návod jak dotazník vyplnit a informace o anonymitě.

Otázky v dotaznících zjišťují:

1. Demografické údaje
2. Dobu uplynulou od stanovení diagnózy
3. Míru informovanosti pacientů a rodinných příslušníků o projevech, průběhu, léčbě Alzheimerovy choroby
4. Informovanost o existenci center pro pacienty s Alzheimerovou chorobou
5. Spokojenost se službami center

4.2.4 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována ručně a zadávána do četnostní tabulky v Microsoft Excel. Výsledná data byla poté zapsána do jednotlivých tabulek četností a doplněna o relativní četnost. Vypočtená výsledná relativní četnost byla posléze graficky znázorněna.

Vzorec pro relativní četnost:

$$f_i = n_i/N$$

f_i - relativní četnost

n_i - absolutní četnost

N - celková četnost

Relativní četnost udává, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou hodnotu. Nejčastěji se udává v procentech a výsledek se násobí 100.

Při vypracování výsledků byl použit Microsoft Word a Microsoft Excel, díky nimž byly vypracovány tabulky.

Pro lepší grafické znázornění jsem sestavila také grafy.⁸ K hodnocení dat byl použit graf sloupcový a výsečový. Graf sloupcový byl využit u hodnocení několika variant odpovědí a graf výsečový se využil z důvodů lepšího grafického znázornění u odpovědí s nižším počtem variant odpovědí.

4.3 Interpretace dat

Analýza všech dat, která byla zjištěna a nasbírána dotazníkovou metodou, je zde uvedena a interpretována. Jelikož dotazníky, určené přímo pro pacienty s Alzheimerovou chorobou, vyplnil tak velmi nízký počet respondentů (z důvodů již pokročilé fáze Alzheimerovy choroby) rozhodla jsem se interpretovat jen data uvedená z dotazníků pro rodinné příslušníky.

⁸ Příloha č. 8 - Seznam grafů

Položka č. 1 Pohlaví

Z celkového počtu 52 respondentů (100%) bylo analyzováno 17 mužů (33 %) a 35 žen (67%)

Tabulka č. 1 Pohlaví

Pohlaví	<i>ni</i>	<i>fi</i> (%)
muž	17	33
žena	35	67
Celkem (Σ)	52	100

Počet respondentů převyšuje v oblasti žen před počtem respondentů v oblasti mužů. Tento údaj pro mne není překvapivý. Výsledek lze přisuzovat tomu, že obecně v roli pečujícího bývají převážně ženy.

Položka č. 2 Kolik Vám je let?

Z celkového počtu 52 respondentů (100%) tvořilo největší skupinu 31 respondentů (60%) ve věkovém rozmezí 50 - 60 let. Další skupinu ve věku nižším než 50 let tvořilo 12 respondentů (23%) a 9 respondentů bylo starší 60 let (17%).

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Věková kategorie	<i>ni</i>	<i>f_i</i> (%)
méně než 50 let	12	23
50 - 60 let	31	60
více než 60 let	9	17
Celkem (Σ)	52	100

Největší počet respondentů se řadil k věkové skupině mezi 50 - 60 lety. Většinou se jednalo o děti nemocných. Nejstaršímu pečujícímu bylo 64 let a nejmladšímu 36 let. Průměrný věk byl 53 let.

Položka č. 3 Jaké je Vaše vzdělání?

Z celkového počtu 52 respondentů (100%) uvedli 2 respondenti (4%) jako své vzdělání základní, 12 respondentů (23%) uvedlo jako své vzdělání středoškolské bez maturity a 27 respondentů (52%) středoškolské s maturitou. Vysokoškolské vzdělání mělo dosaženo 11 respondentů (21%). Odpověď označenou jako jiné dosažené vzdělání neoznačil nikdo.

Tabulka č. 3 Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů	<i>ni</i>	<i>f_i</i> (%)
základní	2	4
středoškolské bez maturity	12	23
středoškolské s maturitou	27	52
vysokoškolské	11	21
jiné	0	0
Celkem (Σ)	52	100

Největší zastoupení respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou mne nikterak nepřekvapilo. Spíše jsem nečekala vcelku vyšší zastoupení vysokoškolsky vzdělaných lidí.

Položka č. 4 Jaký je Váš vztah k nemocnému?

Z celkového počtu 52 respondentů (100%) uvedlo 28 respondentů (54%) svůj vztah k nemocnému jako dcera, 17 respondentů (33%) byli synové, 4 respondenti (8%) manželky a 3 lidé (5%) uvedli, že jsou v jiném příbuzenském vztahu (snachy).

Tabulka č. 4 Vztah k nemocnému

Vztah vůči nemocnému	<i>ni</i>	<i>f_i</i> (%)
manžel	0	0
manželka	4	8
syn	17	33
dcera	28	54
sestra	0	0
bratr	0	0
jiné	3	5
Celkem (Σ)	52	100

Mezi pečujícími byly nejvíce zastoupeny dcery nemocných, což mne nepřekvapilo. Často se jedná o nejbližší příbuzné, kteří jsou schopni zajistit péči. Ovšem zajímavostí pro mne bylo, že se ve velké míře podílejí na péči i synové. Dobré rodinné zázemí má zajisté celkově pozitivní vztah na zdraví a psychický stav.

Položka č. 5 Váš blízký u něhož byla diagnostikována Alzheimerova choroba je

Z celkového počtu 52 respondentů (100%) uvedlo ve 39 případech (75%), že jejich příbuzný s Alzheimerovou chorobou je žena. Zbytek, tedy 13 respondentů (25%) uvedlo muže.

Tabulka č. 5 Pohlaví nemocných s Alzheimerovou chorobou

Pohlaví nemocných s Alzheimerovou chorobou	<i>ni</i>	<i>f_i</i> (%)
žena	39	75
muž	13	25
Celkem (Σ)	52	100

Z výsledků se potvrdila má hypotéza, že častěji jsou postiženy Alzheimerovou chorobou ženy. Avšak, že bude výsledek tak jednoznačný, mne vcelku překvapilo.

Položka č. 6 Kolik mu/ji je let?

Z celkového počtu 52 respondentů (100%) uvedlo 24 respondentů věk svého příbuzného v rozmezí mezi 70 - 80 lety (46%), 16 respondentů (31%) uvedlo věk vyšší než 80 let. V 10 případech (19%) se věk pohybuje v rozmezí 60 - 70 roků a věk nižší než 60 let uvedli 2 lidé (4%)

Tabulka č. 6 Věk pacientů s Alzheimerovou chorobou

Věk pacientů	<i>ni</i>	<i>f_i</i> (%)
méně než 60 let	2	4
60 - 70 let	10	19
70 - 80 let	24	46
více než 80 let	16	31
Celkem (Σ)	52	100

Z výsledků vyplívá, že nejčastěji jsou postiženi lidé ve věkové kategorii od 60 let a výše. Nejmladšímu pacientovi s Alzheimerovou demencí, který se v dotazníkovém výzkumu hodnotil, je 58 let. Nejstaršímu hodnocenému je 91 let. Průměrný věk je 77 let.

Položka č. 7 Před jakou dobou u něj byla diagnostikována Alzheimerova choroba

Z celkového počtu 52 respondentů (100%) uvedlo 22 respondentů (42 %) dobu, před kterou se diagnostikovala Alzheimerova choroba, v rozmezí mezi 2 - 5 lety. Dobu kratší než 2 roky uvedlo 14 respondentů (27%). Následovalo rozmezí 5 - 10 let, které označilo 11 respondentů (21%). 10 - 15 let od stanovení diagnózy uvedlo 5 respondentů (10%) a více let již nikdo nezaznamenal.

Tabulka č. 7 Doba uplynulá od stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby

Doba uplynulá od stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby	<i>ni</i>	<i>f_i</i> (%)
méně než 2 roky	14	27
2 - 5 let	22	42
5 - 10 let	11	21
10 - 15 let	5	10
více než 15 let	0	0
Celkem (Σ)	52	100

Nejčastěji byla uváděna doba od stanovení diagnózy mezi 2 - 5 lety. Nejdelší dobu od diagnostiky demence uvedl pečující, který zaznamenal 13 let. Dále dotazník vyplnily i osoby, které se o této nemoci, která postihla jejich blízké, dozvěděli teprve před pár měsíci.

Položka č. 8 Poskytl Vám lékař dostatečné informace o tom, co to Alzheimerova choroba je, k jakým patologickým dějům dochází v těle člověka a jak se tato nemoc projevuje?

Z celkového počtu 52 respondentů (100%) uvedlo 28 respondentů (53%), že byli dostatečně seznámeni o Alzheimerově chorobě, o tom jak se nemoc projevuje a k jakým patologickým dějům dochází. Nedostatečně bylo informováno 15 respondentů (29%).

5 respondentů (10%) uvedlo, že nevědí a 4 respondenti (8%) nebyli seznámeni dle jejich názoru vůbec.

Tabulka č. 8 Informovanost pečujícího lékařem o Alzheimerově chorobě

Informovanost pečujícího lékařem o Alzheimerově chorobě	<i>ni</i>	<i>fi (%)</i>
ano	28	53
ne	4	8
nedostatečně	15	29
nevím	5	10
Celkem (Σ)	52	100

V této položce se má hypotéza nepotvrdila. Domnívala jsem se, že lidé jsou v mnohem větší míře nedostatečně informováni o tom co to Alzheimerova choroba je. Z výsledku je možné usuzovat, že je však stále co zdokonalovat. Samozřejmě stále nejvíce záleží přímo na osobě lékaře, který informace dané osobě podává, jak hluboce je uveden do problematiky této choroby a samozřejmě i do jaké míry je ochoten tyto vědomosti předávat dál.

Položka č. 9 Seznámil vás lékař dostatečně s léčbou Alzheimerovy choroby?

Z celkového počtu 52 respondentů (100%) uvedlo 26 respondentů (50%), že s léčbou Alzheimerovy choroby bylo dostatečně informováno. Nedostatečné informace lékař poskytl 21 respondentům (40%) a 5 respondentů (10%) uvedlo, že nemohou zhodnotit, zda jim bylo poskytnuto dostatek informací. Situaci, kdy by lékař poskytl nulové informace nezaznamenal žádný respondent (0%).

Tabulka č. 9 Dostatečné seznámení s léčbou Alzheimerovy choroby

Dostatečné seznámení s léčbou	<i>ni</i>	<i>f_i</i> (%)
ano	26	50
ne	0	0
nedostatečně	21	40
nevím	5	10
Celkem (Σ)	52	100

Polovina respondentů uvedla, že byla seznámena dostatečně s léčbou Alzheimerovy choroby, přičemž dalších 40% respondentů nebylo spokojeno s množstvím poskytnutých informací ze strany lékaře. Zde se má hypotéza o tom, že rodinní příslušníci nejsou dostatečně seznámeni s léčbou Alzheimerovy choroby potvrdila. Z tohoto výsledku by se dalo předpokládat, že nejsou dostatečně informováni ani pacienti, kteří jsou ve většině případů k lékaři doprovázeni právě rodinnými příslušníky.

Položka č. 10 Seznámil Vás lékař dostatečně s postupným vývojem nemoci?

Z celkového počtu 52 respondentů (100%) uvedlo 25 respondentů (48%) nespokojenost s množstvím poskytnutých informací týkajících se postupného vývoje nemoci. Dále 22 respondentů (42%) uvedlo dobré seznámení s vývojem nemoci a 2 respondenti (4%) vyjádřili úplnou nespokojenost. Možnost odpovědi nevím využili 3 respondenti (6%).

Tabulka č. 10 Dostatečné seznámení s postupným vývojem Alzheimerovy choroby

Dostatečné seznámení s postupným vývojem Alzheimerovi nemoci	<i>ni</i>	<i>fi (%)</i>
ano	22	42
ne	2	4
nedostatečně	25	48
nevím	3	6
Celkem (Σ)	52	100

Převážná většina pečujících byla nedostatečně seznámena s vývojem Alzheimerovy choroby. I zde se má hypotéza potvrdila. Domnívám se, že je velmi důležité pacienty a především jejich rodinné příslušníky informovat o tom, jak se tato nemoc bude vyvíjet, co se může čekat a co bude následovat. Pečující i pacient se tak snadněji mohou “připravit” na nastávající situace.

Položka č. 11 Seznámil Vás lékař či zdravotnický personál, co bude péče o tohoto pacienta/klienta obnášet?

Z celkového počtu 52 respondentů (100%) uvedlo 25 respondentů (48%) spokojenost s množstvím poskytnutých informací. Nedostatečné informace byly poskytnuty 22 respondentům (42%). Žádné informace nedostalo 5 respondentů (10%). Možnost odpovědi nevím nezaznamenal žádný respondent (0%)

Tabulka č. 11 Seznámení s péčí o nemocného s Alzheimerovou chorobou

Dostatečné seznámení s péčí o nemocného s Alzheimerovou chorobou	<i>ni</i>	<i>f_i</i> (%)
ano	25	48
ne	5	10
nedostatečně	22	42
nevím	0	0
Celkem (Σ)	52	100

Opět z výsledků vyšlo najevo, že více než polovina pečujících nebyla dostatečně seznámena s péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Přitom tyto vědomosti velmi přispívají ke zkvalitnění péče a zajištění potřeb ať už základních, či specifických pro nemocné s touto chorobou. Má hypotéza se opět potvrdila.

Položka č. 12 Kde hledáte informace a pomoc, když si nevíte rady s péčí o tohoto pacienta?

Z celkového počtu 52 respondentů (100%) uvedlo 22 respondentů (42%), že se v případě potřeby obrací na lékaře. Z internetu informace získává 14 respondentů (27%), knihy poskytují rady 11 respondentům (21%) a na zdravotnický personál se obrátili 3 respondenti (6%). Možnost jiného zdroje uvedli 2 pečující (4%).

Tabulka č. 12 Zdroje informací a pomoci s péčí o nemocné

Zdroje informací a pomoci s péčí o nemocné	<i>ni</i>	<i>f_i</i> (%)
lékař	22	42
zdravotnický personál (zdravotní sestry, ošetřovatelé)	3	6
internet	14	27
knihy	11	21
jiné	2	4
Celkem (Σ)	52	100

Z celkového počtu respondentů se nejvíce lidé obrací na lékaře, dalším cenným zdrojem je internet a samozřejmě knihy. Na zdravotnický personál se obrátilo jen minimum lidí. Otázkou je, zda má zdravotnický personál dostatek poznatků, které může předávat dál, či je pro respondenty jednodušší získat informace ze strany lékaře, nebo v dnešní době velmi dostupného internetu.

Položka č. 13 Víte, že existují centra pro osoby s Alzheimerovou chorobou?

Z celkového počtu 52 respondentů (100%) ví o existenci center pro osoby s Alzheimerovou chorobou 32 respondentů (62%). Zbytek, tedy 20 respondentů (38%) o fungování těchto center neví.

Tabulka č. 13 Informovanost o fungování center pro nemocné s Alzheimerovou chorobou

Informovanost o fungování center pro nemocné s Alzheimerovou chorobou	<i>ni</i>	<i>f_i</i> (%)
ano	32	62
ne	20	38
Celkem (Σ)	52	100

Z celkového počtu respondentů věděla o činnosti center zhruba polovina. Domnívala jsem se, že o této službě bude informována naprostá většina. Každopádně tento údaj je ovlivněn i oblastmi, kde jsem dotazník poskytla. Nejvíce byli informováni lidé z míst, kde poradna pro lidi s poruchou paměti funguje.

Položka č. 14 Odkud jste se dozvěděli o centrech pro osoby s Alzheimerovou chorobou?

Z celkového počtu 32 respondentů (100%), kteří uvedli, že o činnosti center vědí, zaznamenalo 21 pečujících (66%) jako zdroj této informace lékaře. Dalším zdrojem byl internet, který využilo 11 respondentů (34%). Zdravotnický personál a jiné zdroje žádný respondent neuvedl.

Tabulka č. 14 Zdroj informací o činnosti center

Zdroje informací o činnosti center	<i>ni</i>	<i>f_i</i> (%)
lékař	21	66
zdravotnický personál (zdravotní sestry, ošetřovatelé)	0	0
internet	11	34
jiné	0	0
Celkem (Σ)	32	100

Pečující nejvíce o činnosti center informoval lékař, poté následoval internet. Jiné zdroje a hlavně zdravotnický personál k mému překvapení nikdo nevyužil. Tento výsledek bych přisuzovala tomu, že lékař je první osobou, která stanovuje diagnózu, poskytuje informace o problematice této nemoci a nabízí možnosti řešení. Internet je zase snadným zdrojem dostupných informací. Zdravotnický personál by se měl více informovat o činnosti těchto center a pokud možno, předávat své poznatky dále.

Položka č. 15 Jste se službami center spokojeni?

Z celkového počtu 32 respondentů (100%) uvedlo, že tyto služby nevyužívá 23 respondentů (72%) 9 respondentů (28%) je spokojeno s jejich činností a nespokojen nebyl nikdo (0%).

Tabulka č. 15 Spokojenost se službami center

Spokojenost se službami center	<i>ni</i>	<i>f_i</i> (%)
ano	9	28
ne	0	0
nevyhledávám	23	72
Celkem (Σ)	52	100

Z celkového počtu respondentů 72% tuto službu nevyužívá. Tento výsledek je dle mého názoru ovlivněn tím, že u části klientů se centrum nenalézá přímo v místě bydliště. I přesto byl tento výsledek pro mne překvapením.

4.4 Edukace pacienta/klienta a jeho rodiny

Jako jeden z cílů mé bakalářské práce jsem si určila edukaci pacienta/klienta a jeho rodiny. Tohoto jsem chtěla dosáhnout pomocí rozhovoru s pacientem a jeho rodinou. Snažila jsem se zjistit základní informace o tom jak zvládají péči, jaké k tomu mají podmínky, v jaké míře byli informováni o této chorobě, zda docházejí do České Alzheimerovské společnosti, kde hledají pomoc atd.

Pokud pacient, či jeho příbuzný potřeboval v některých oblastech poskytnout radu, snažila jsem se jim v rámci svých možností vyhovět. Ve většině případů jsem se setkala s pozitivními reakcemi. Dále jsem vytvořila letáčky pro rodinné příslušníky⁹, které obsahují základní informace a rady, jak pečovat o dementní osoby. Ty jsem posléze, dle zájmu, poskytovala respondentům, kteří se mnou osobně vyplňovali dotazník určený pro výzkumné šetření mé práce. Z celkového počtu 52 respondentů si letáček s ochotou převzalo 46 z nich.

5 Diskuze

Výzkumného šetření se zúčastnilo 52 respondentů (100%), kteří se starají o svého blízkého s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou. Počáteční záměr zapojit do výzkumného šetření i pacienty s Alzheimerovou chorobou se nevydařil pro nízký počet respondentů, kteří by byli schopni dotazník objektivně vyplnit. Výzkum byl proto zaměřen na pečující o tyto osoby.

Úvodní část dotazníku byla zaměřena na zmapování demografických údajů a zjištění délky trvání nemoci. V **první položce** bylo zjištěno, že počet respondentů v oblasti žen převyšuje nad počtem respondentů v oblasti mužů. Toto bych přisuzovala tomu, že v roli pečujícího bývají obecně ženy. V **položce č. 2** hodnotící věk pečujících osob bylo zjištěno, že se jedná většinou o osoby ve věkovém rozmezí 50 - 60 let. Průměrný věk byl 53 let. V **položce č. 3** se hodnotilo nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z výsledků, dle předpokladů, vyšlo nejvyšší zastoupení středoškolsky vzdělaných lidí s maturitou (52%) dále středoškolsky vzdělaných bez maturity (23%) a nemalé bylo i zastoupení lidí vysokoškolsky vzdělaných (21%). **Položka č. 4** se zaměřila na vztah pečujícího k nemocnému. Největší skupinu tvořily dcery nemocných (54%), za nimi následovali synové (33%) a poté manželky a jinak blízké osoby. **Položka č. 5** zjistila, že počet nemocných s Alzheimerovou chorobou převyšuje v oblasti žen nad počtem respondentů v oblasti mužů. Zde se potvrdila má hypotéza. Tyto informace byly konfrontovány s dostupnou literaturou a získané informace se potvrdily. Za úkol **položky č. 6** bylo zjistit, jaký je věk nemocných s Alzheimerovou chorobou. Z výsledků vyplynulo, že největší zastoupení nemocných bylo v rozmezí mezi 70 - 80 lety (46%). Průměrný věk byl přibližně 77 let.

Další část dotazníku zjišťovala, v jaké míře jsou pečující informováni o tom, co to Alzheimerova choroba je, jak se postupně vyvíjí, léčí a co obnáší péče o tyto nemocné. **Položka č. 7** se zaměřila na dobu uplynulou od diagnostiky Alzheimerovy choroby. Nejvíce byla zastoupena oblast v rozmezí 2 - 5 let a to ve 42% nemocných. Nejkratší doba se pohybovala v řádu měsíců a nejdelší uvedená doba byla 13 let.

⁹ Příloha č. 9 - Edukační letáček pro rodinné příslušníky

Položka č. 8 hodnotila dostatečnou informovanost lékařem o charakteru choroby, její patogenezi a o projevech. V této položce 53% respondentů uvedlo, že bylo dostatečně informováno o této nemoci a zbylý počet respondentů vyjádřil nespokojenost s množstvím poskytnutých poznatků. V této oblasti je stále co zdokonalovat a hlavní roli hraje samozřejmě lékař. **Položka č. 9** se zaměřila na dostatečnou informovanost o léčbě onemocnění. Z celkového počtu respondentů jich 50% uvedlo spokojenost s množstvím podaných informací o léčbě Alzheimerovy choroby, ovšem zhruba druhá polovina respondentů spokojena nebyla. **Položka č. 10** měla za úkol zjistit míru informovanosti o postupném vývoji nemoci. Zde 48% respondentů uvedlo, že bylo nedostatečně informováno a 42% dostatečně. Poskytnutí dostatečných informací může jen pozitivně přispět pečujícím “připravit” se na nastávající situace, co se dá čekat a co nejspíše bude ve vývoji nemoci následovat. **Položka č. 11** zjišťovala seznámení se pečujícím se specifiky péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Zde vyšlo najevo, že 48% respondentů bylo informováno lékařem dostatečně a 42% respondentů nedostatečně. Přitom poskytnutím rad týkajících se ošetřování nemocného, se jen pozitivně přispívá ke zvýšení kvality péče. I zde by se míra informovanosti měla co nejvíce zvyšovat.

Položka č. 12 se zaměřila na to, kam se obrací pečující v případě, pokud si neví rady s péčí o nemocného. Převážná většina, tedy 42% se obrací na lékaře. Poté cenné informace a rady hledají na internetu. Jen minimum lidí se obrací na zdravotnický personál a jiné osoby. Zde se naskytla otázka, zda má zdravotnický personál dostatek poznatků, které může předávat dál, ovšem toto by mohlo být námětem na další výzkumné šetření. **Položka č. 13** zjišťovala, jestli pečující vědí o existenci center pro lidi s Alzheimerovou chorobou. Z celkového počtu respondentů vědělo o jejich činnosti 62%, zbytek o jejich činnosti nevěděl. Nejvíce respondentů bylo informováno v oblasti, kde má toto centrum své působení. **Položka č. 14** měla za úkol zjistit, odkud se respondenti dozvěděli o činnosti center. V 66% pečující informoval o existenci těchto center lékař, dále se pečující této skutečnosti dopátrali na internetu. Zklamáním pro mne bylo, že ani jeden respondent neuvedl, že tuto informaci poskytl zdravotnický personál. Tomuto by měli zdravotníci věnovat větší pozornost a poskytovat poznatky dále.

Položka č. 15 hodnotila spokojenost respondentů s centry pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Zde bylo pro mě překvapující skutečností to, že 72% respondentů tuto službu vůbec nevyužilo. Zbytek pečujících je spokojeno s jejich

činností a nepokojen nebyl ani jeden respondent.

První hypotézu (předpoklad) kterou jsem si stanovila a to, že pacienti s Alzheimerovou chorobou nejsou dostatečně informováni o tom, jak se vypořádat s touto nemocí hodnotím jako **nepotvrzenou** z důvodů nedostatečného počtu respondentů pro vyhodnocení této hypotézy.

Druhou hypotézu (předpoklad) kterou jsem si stanovila a to, že jsou častěji postiženy touto nemocí ženy než muži se mi **potvrdila** díky výsledkům dotazníků a ochotě respondentů je vyplňovat.

Třetí hypotéza (předpoklad) a to, že rodina není dostatečně informována o péči u pacienta s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou se mi **potvrdila**. Díky praktické části jsem zjistila, že je potřeba zvyšovat informovanost pacientů a jejich rodinných příslušníků o charakteru nemoci, jejím vývoji, léčbě a péči.

Díky teoretické části bakalářské práce, jsem shrnula základní informace o Alzheimerově chorobě a výzkumná část pak tyto poznatky rozšířila. Nabyté informace a poznatky jsou dle mého názoru užitečné a plnohodnotné

Výsledky práce vznikly díky ochotě rodinných příslušníků, kteří pečují o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Tyto informace byly pro mě velice cenné a užitečné. Bohužel jsem se setkala jen s minimálním počtem pacientů v ranné fázi Alzheimerovy demence. Proto jsem nemohla zajistit dostatek plnohodnotných informací, zda jsou dostatečně informováni o tom, jak se s touto nemocí vypořádat.

Každopádně jsou všechny informace a poznatky, jak z teoretické tak i praktické části práce, pro mne jen přínosem.

V. Závěr

Bakalářská práce se zabývala shrnutím základních poznatků o Alzheimerově chorobě, o specifikách při ošetřování pacientů s demencí a o obecném přístupu k dementním pacientům.

Teoretická část definuje pojem Alzheimerova choroba, patogenezi, diagnostiku a léčbu této nemoci. Dále se zaměřuje na specifika při ošetřování pacientů s Alzheimerovou demencí a na obecné přístupy k dementním pacientům.

Teoretická část mi poskytla základní pojmy týkající se Alzheimerovy choroby a péče o tyto nemocné. S dostupnou literaturou se mi pracovalo dobře a s danými informacemi jsem byla spokojena. Domnívám se, že nyní jsou mé poznatky o Alzheimerově chorobě dostatečné.

Výzkumná část vycházela z vypracování dotazníků a následného zhodnocení informací poskytnutých rodinnými příslušníky pacientů s Alzheimerovou chorobou. Závěry této práce hodnotí míru spokojenosti s množstvím poskytnutých poznatků.

Výzkumná část mé práce proběhla díky dobré spolupráci respondentů a díky poradně pro poruchy paměti v Krajské nemocnici v Liberci.

Několik doporučení na základě získaných poznatků:

- větší informovanost lékařů a zdravotnického personálu o problematice Alzheimerovi choroby
- větší informovanost pacientů a jejich rodinných příslušníků o charakteru nemoci, vývoji a její léčbě
- včasná diagnostika a screening Alzheimerovi choroby
- větší informovanost veřejnosti o Alzheimerově chorobě
- informační materiál pro veřejnost
- odborné semináře na téma Alzheimerova demence nejen pro lékaře a zdravotníky, ale i pro širokou veřejnost
- rozšíření poznatků o Alzheimerově demenci již během studia

VI. POUŽITÁ LITERATURA

[1] KALVACH, Zdeněk. a kol. Geriatrie a gerontologie. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. s.864 ISBN 80-247-0548-6

[2] CALLONE, Patricia R. a kol. Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s.120 ISBN 978-80-247-2320-4

[3] JIRÁK, Roman. a kol. Demence a jiné poruchy paměti. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. s.176 ISBN 978-80-247-2454-6

[4] VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. s.96 ISBN 978-80-247-2170-5

[5] JIRÁK, Roman. a kol. Demence. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. s.335
ISBN 80-7262-268-4

[6] HUUB, Buijssen. Demence. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. s.160
ISBN 80-7367-081-X

[7] KUČEROVÁ, Helena. Demence v kasuistikách. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. s.109
ISBN 80-247-1491-4

[8] RŮŽIČKA, Evžen. Diferenciální diagnostika a léčba demencí. 1.vyd. Praha: Galén, 2003. s.175 ISBN 80-7262-205-6

[9] PIDRMAN, Vladimír. a kol. Změny jednání seniorů. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. s.189 ISBN 80-7262-363-X

[10] MAHROVÁ, Gabriela. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. s.176 ISBN 978-80-247-2138-5

[11] HOLMEROVÁ, Iva . a kol. Alzheimerova choroba v rodině. Pfizer, 2008.
s.114

[12] KALVACH, Zdeněk. a kol. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1.vyd.
Praha: Grada, 2008. s.336 ISBN 978-80-247-2490-4

[13] KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory.
1.vyd. Praha: Grada 2008. s.208 ISBN 978-80-247-2169-9

VII. PŘÍLOHY

Seznam příloh

- Příloha č. 1 - Dotazník pro pacienty s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou
- Příloha č. 2 - Dotazník pro rodinné příslušníky starající se o svého blízkého s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou
- Příloha č. 3 - MMSE (Mini - Mental State Examination)
- Příloha č. 4 - ADL (Activity Daily Living)
- Příloha č. 5 - IADL (Index of Independence in Activities of Daily Living)
- Příloha č. 6 - Geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage)
- Příloha č. 7 - Dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby (BEHAVE - AD)
- Příloha č. 8 - Seznam grafů
- Příloha č. 9 - Edukační letáček
- Příloha č. 10 - Česká Alzheimerovská společnost a její kontaktní místa

Příloha č. 1

Dotazník pro pacienty s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou

Dobrý den.

Jmenuji se Barbora Bělková, jsem studentka 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství v oboru Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma ***Ošetrovatelský proces u pacienta / klienta s Alzheimerovou chorobou.***

Dotazník je zcela anonymní a informace z něj získané budou sloužit jen pro mé studijní účely. Cílem mé práce je zjistit míru informovanosti nejen pacienta, ale i jeho blízkých a příbuzných.

U každé otázky zakroužkujte jednu odpověď, či doplňte.

Předem Vám chci poděkovat za spolupráci a vyplnění tohoto dotazníku.

1. Jste

- a) muž
- b) žena

2. Kolik Vám je let?

.....

3. Jaké je Vaše vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské
- e) jiné

4. Před jakou dobou u vás byla diagnostikována Alzheimerova choroba?

.....

5. Poskytl Vám lékař dostatečné informace o tom, co to Alzheimerova choroba je, k jakým patologickým dějům dochází v těle člověka a jak se tato nemoc projevuje?

- a) ano
- b) ne
- c) nedostatečně
- d) nevím

6. Seznámil Vás dostatečně lékař s léčbou této nemoci?

- a) ano
- b) ne
- c) nedostatečně
- d) nevím

7. Seznámil Vás dostatečně lékař s postupným vývojem nemoci?

- a) ano
- b) ne
- c) nedostatečně
- d) nevím

8. Kde hledáte informace a pomoc, týkající se této choroby?

- a) u lékaře
- b) u zdravotnického personálu (zdravotní sestry, ošetřovatelé,...)
- c) internet
- d) knihy
- e) jiné

9. Víte, že existují centra pro osoby s Alzheimerovou chorobou?

- a) ano
 - b) ne
- (Pokud ne, nevyplňujte další otázky)

10. Odkud jste se dozvěděli o těchto centrech?

- a) od lékaře
- b) od zdravotnického personálu (zdravotní sestry, ošetřovatelé,...)
- c) z internetu
- d) jiné

11. Jste se službami center spokojeni?

- a) ano
- b) ne
- c) nevyužívám

Děkuji za Váš čas při vyplňování dotazníku

Příloha č. 2

Dotazník pro rodinné příslušníky starající se o svého blízkého s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou

Dobrý den.

Jmenuji se Barbora Bělková, jsem studentka 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství v oboru Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma ***Ošetrovatelský proces u pacienta / klienta s Alzheimerovou chorobou.***

Dotazník je zcela anonymní a informace z něj získané budou sloužit jen pro mé studijní účely. Cílem mé práce je zjistit míru informovanosti nejen pacienta, ale i jeho blízkých a příbuzných.

U každé otázky zakroužkujte jednu odpověď, či doplňte.

Předem Vám chci poděkovat za spolupráci a vyplnění tohoto dotazníku.

1. Jste

- a) muž
- b) žena

2. Kolik Vám je let?

.....

3. Jaké je Vaše vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské
- e) jiné

4. Jaký je Váš vztah k nemocnému?

- a) manžel/ka
- b) syn, dcera
- c) bratr, sestra
- d) jiné (doplňte)

5. Váš blízký, příbuzný u něhož byla diagnostikována tato choroba je

- a) muž
- b) žena

6. Kolik mu (ji) je let?

.....

7. Před jakou dobou u něj byla diagnostikována Alzheimerova choroba?

.....

8. Poskytl Vám lékař dostatečné informace o tom, co to Alzheimerova choroba je, k jakým patologickým dějům dochází v těle člověka a jak se tato nemoc projevuje?

- a) ano
- b) ne
- c) nedostatečně
- d) nevím

9. Seznámil Vás dostatečně lékař s léčbou této nemoci?

- a) ano
- b) ne
- c) nedostatečně
- d) nevím

10. Seznámil Vás dostatečně lékař s postupným vývojem nemoci?

- a) ano
- b) ne
- c) nedostatečně
- d) nevím

11. Seznámil Vás lékař či zdravotnický personál co bude péče o tohoto nemocného obnášet?

- a) ano
- b) ne
- c) nedostatečně
- d) nevím

12. Kde hledáte informace a pomoc, když si nevíte rady s péčí o tohoto nemocného?

- a) u lékaře
- b) u zdravotnického personálu (zdravotní sestry, ošetřovatelé,...)
- c) internet
- d) knihy
- e) jiné

13. Víte, že existují centra pro osoby s Alzheimerovou chorobou?

a) ano

b) ne

(Pokud ne, nevyplňujte další otázky)

14. Odkud jste se dozvěděli o těchto centrech?

a) od lékaře

b) od zdravotnického personálu (zdravotní sestry, ošetřovatelé,..)

c) z internetu

d) jiné

15. Jste se službami center spokojeni?

a) ano

b) ne

c) nevyužívám

Děkuji za Váš čas při vyplňování dotazníku

MMSE - Mini - Mental State Examination

A. Orientace

1. V čase

Kolikátého je dnes?

Který je nyní měsíc?

Který je rok?

Který je den v týdnu?

Které je roční období?

2. V místě

Ve kterém jsme státu?

Ve které části jsme?

Ve kterém jsme městě?

Ve které jsme nemocnici, zdravotním zařízení?

Ve kterém jsme poschodí?

B. Bezprostřední vybavení

Opakujte a zapamatujte si slova:

Jablko

Stůl

Koruna

(za každé zapamatované slovo je 1 bod, aby mohla být trojice vybavena později, lze i pětkrát opakovat. Počet opakování se u každého slova poznamená)

C. Pozornost a počítání

Odečítejte od čísla 100 číslo 7

(Provádí se 5 po sobě jdoucích odečtů - 93, 86, 79, 72, 65.)

D. Vybavení

Vybavte si 3 dříve sdělená slova:

jablko, stůl, koruna

E. Řeč

1. Pojmenování předmětů

Hodinky

Tužka

2. Opakování

Opakujte po mně následující větu: “ Žádné kdyby, nebo ale.”

3. Třístupňový příkaz

Pacientovi je podán arch s papírem s příkazem:

Vezměte papír do pravé ruky.

Přeložte ho na polovinu.

Položte ho na stůl.

4. Čtení

Pacientovi je podán arch papíru, na kterém je napsáno. “ Zavřete oči “. Pacient je vyzván, aby nápis přečetl a udělal co je na něm napsáno. Skóruje se jako 1, když zavře oči.

5. Psaní

Pacient je vyzván, aby napsal jakoukoli větu. Věta musí mít podnět a přísudek, musí být smysluplná. Správná gramatika není nezbytná.

6. Kopírování

Pacient by měl co nejpřesněji podle předlohy okopírovat obrázek 2 protínající se shodných pětiúhelníků. Je zapotřebí, aby bylo zachováno všech 10 úhlu obrazců a 2 úhly se musí protínat. Roztřesení a pootočení obrázků není chyba.

Celkové skóre je maximálně 30 bodů.

Příloha č. 4

ADL (ACTIVITY DAILY LIVING)

Bathelův test základních všedních činností

Najedení, napití

Samostatně bez pomoci - 10

S pomocí - 5

Neprovede - 0

Oblékání

Samostatně bez pomoci - 10

S pomocí - 5

Neprovede - 0

Koupání

Samostatně bez pomoci - 10

S pomocí - 5

Neprovede - 0

Osobní hygiena

Samostatně bez pomoci - 10

S pomocí - 5

Neprovede - 0

Kontinence moči

Plně kontinentní - 10

Občas inkontinentní - 5

Inkontinentní - 0

Kontinence stolice

Plně kontinentní - 10

Občas inkontinentní - 5

Inkontinentní - 0

Použití WC

Samostatně bez pomoci - 10

S pomocí - 5

Neprovede - 0

Přesun lůžko - židle

Samostatně bez pomoci - 10

S malou pomocí - 5

Vydrží sedět - 3

Neprovede - 0

Chůze po rovině

Samostatně nad 50 m - 10

S pomocí 50 m - 5

Na vozíku 50m - 3

Neprovede - 0

Chůze po schodech

Samostatně bez pomoci - 10

S pomocí - 5

Neprovede - 0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 - 40 bodů - vysoce závislý

45 - 60 bodů - závislost středního stupně

65 - 90 bodů - lehká závislost

100 bodů - nezávislost

Příloha č. 5

Test instrumentálních denních činností IADL

Index of Independence in Activities of Daily Living

(zpracováno dle Filenbauma, Lawtona a Brodyho)

1. Jízda dopravním prostředkem

Zcela samostatně	10b.
S pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5b.
Neschopen, pouze akutní transport, např. sanitou	0b.

2. Nákup potravin

Zcela samostatně	10b.
S pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5b.
Neschopen	0b.

3. Uvaření

Samostatně	10b.
Sám si jídlo ohřeje	5b.
Neschopen	0b.

4. Domácí práce

Samostatně bez pomoci	10b.
Jednoduchý úklid, např. s pomocí druhé osoby	5b.
Vytření podlahy, ustlání postele atd. neschopen	0b.

5. Vyprání osobního prádla

Zvládne samostatně	10b.
S pomocí druhé osoby	5b.
Neschopen	0b.

6. Telefonování

Samostatně vyhledá čísla v telefonním seznamu	10b.
Potřebuje pomoc při vyhledání, vytáčení čísla	5b.
Neschopen	0b.

7. Užívání léků

Samostatně - správné léky v určenou dobu	10b.
Vezme si léky, pokud je upozorněn nebo jsou-li připraveny	5b.
Vyžaduje dohled druhé osoby nebo neschopen užívat	0b.

8. Odeslání peněz na poště

Schopen samostatně	10b.
S pomocí druhé osoby	5b.
Neschopen	0b.

Hodnocení:

0 - 40b.	závislý
45 - 75b.	částečně závislý
80 a více	nezávislý

Geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage)

1. Jste spokojen/a s tím, jak nyní žijete?

ANO - 0 b NE - 1b

2. Jaké jsou Vaše činnosti a zájmy?

Stejně jako dříve, nebo jste většiny z nich zanechal/a?

Stejně - 0b Zanechal/a - 1b

3. Máte pocit nicoty a prázdnoty Vašeho života?

ANO - 1 b NE - 0b

4. Často se nudíte?

ANO - 1 b NE - 0b

5. Jaká je převážně Vaše nálada?

Dobrá - 0b Špatná - 1b

6. Bojíte se často, že se Vám přihodí něco zlého?

ANO - 1 b NE - 0b

7. Cítíte se většinou šťastný/á nebo nešťastný?

Šťastný/á - 0b Nešťastný/á - 1b

8. Míváte často nebo převážně pocit bezmoci?

ANO - 1 b NE - 0b

9. Zůstáváte raději doma nebo máte raději společnost?

Doma - 1b Společnost - 0b

10. Máte problémy s pamětí, které jsou podle Vašeho názoru horší než u Vašich vrstevníků?

ANO - 1 b NE - 0b

11. Myslíte si, že žijete v hezké době?

ANO - 0 b NE - 1b

12. Míváte někdy nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný, že si Vás neváží, nerespektují Vás, nemají Vás rádi?

ANO - 1 b NE - 0b

13. Cítíte se převážně dobře, plný energie, chuti do života?

ANO - 0 b NE - 1b

14. Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu?

ANO - 1 b NE - 0b

15. Myslíte si, že se většině lidí daří lépe než Vám?

ANO - 1 b NE - 0b

Hodnocení:

0 - 7 bodů - odpovídá normě

8 - 12 bodů - mírná deprese

13 - 15 bodů - těžká deprese

BEHAVE - AD (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale)

Dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby

Vyznačte co odpovídá stavu pacienta

A. Detekce bludů a paranoidního chování

I. “ Lidé mi kradou věci “

0b - nikdy se neobjevuje

1b - domnívá se, že mu/jí lidé naschvál ukrývají věci

2b - domnívá se, že někdo přichází k němu domů a skrývá věci

3b - s těmi, co přicházejí hovoří anebo je slyší

II. “ Tady nejsem doma “

0b - nevyskytuje se

1b - je přesvědčen/a, že není doma a chová se podle toho (balí si věci, chystá se k odjezdu apod.)

2b - pokusy o odchod “ domů”

3b - neklid nebo agresivita při pokusech mu/jí v těchto pokusech zabránit

III. “ Manžel/ka je cizí, neznám jej/ji “

0b - nevyskytuje se

1b - pacient je přesvědčen, že je to cizí člověk

2b - zlost na něj/ji, protože je cizí a obtěžuje

3b - agresivita ze stejného důvodu, vyhánění

IV. “ Chystají se mne opustit, někde umístit, či zavřít

0b - nevyskytuje se

1b - přesvědčení ,že se jej/ji snaží v tomto podvést

2b - zlost na blízké

3b - agresivita z tohoto důvodu

V. Podezíravost/paranoidní chování

0b - nevyskytuje se

1b - podezíravost, nedůvěra

2b - výrazně paranoidní chování, zlost, vztek

3b - agresivita z důvodů podezírání okolí

Popište.....

VI. Ostatní bludy

0b - nevyskytují se

1b - přítomné bludné myšlení

2b - zlost a vztek jako důsledek bludů

3b - násilné, agresivní chování z důvodů bludů

Popište.....

A - celkem bodů.....

B. Halucinace

I. Vizuální halucinace

0b - nevyskytují se

1b - nevýrazné, nepřesně definovatelné

2b - zcela jasné a zřetelné halucinace věcí nebo osob

3b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

II. Sluchové halucinace

0b - nevyskytují se

1b - nevýrazné, nepřesně definovatelné

2b - zcela jasné a zřetelné halucinace slov, vět, určitých zvuků

3b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

III. Čichové halucinace

0b - nevyskytují se

1b - nevýrazné, nepřesně definovatelné

2b - zcela jasné, definovatelné

3b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

IV. Taktilní halucinace

0b - nevyskytují se

1b - nevýrazné, nepřesně definovatelné

2b - zcela jasné, definovatelné (“ někdo na mě sahá “)

3b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

V. Ostatní halucinace

0b - nevyskytují se

1b - nevýrazné, nepřesně definovatelné

2b - zcela jasné, definovatelné

3b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

B - celkem bodů.....

C. Poruchy chování

I. Odcházení z domova

0b - ne

1b - někdy, ale nejsou nutná zvláštní opatření

2b - dosti časté, nutná zvláštní opatření (zamykání, dohled)

3b - nespokojenost, agresivita či jiné poruchy chování v souvislosti s pokusem odejít

II. Bezcílné činnosti

0b - nevyskytují se

1b - opakované neúčelné aktivity (opakované dotazování, přesouvání věcí atd.)

2b - toto chování je výrazné a překážející, vyžaduje určitá opatření

3b - toto chování pacienta ohrožuje, či dokonce způsobuje drobná poranění

III. Nepřiměřené chování a aktivity

0b - nevyskytují se

1b - jsou přítomny (dávání věcí na chybná místa, nepřiměřená sexuální odbržděnost,...)

2b - jsou přítomny v takové míře, že vyžadují určitá opatření či omezení

3b - toto chování je navíc doprovázeno neklidem či agresivitou

Popište.....

D. Agresivita

I. Verbální výlevy

0b - nevyskytují se

1b - přítomny a obsahují nezvykle primitivní či vulgární jazyk

2b - přítomny a doprovázeny zlostí či vztekem

3b - přítomny, doprovázeny zlostí či vztekem a jsou zcela jasně zaměřené vůči konkrétním osobám

II. Výhrůžky, hrozba fyzickým násilím

0b - nevyskytují se

1b - pacient/ka vyhrožuje

2b - fyzická agrese

3b - značně intenzivní fyzická agrese

III. Neklid, agitace (ještě jiného typu než v předešlém textu)

0b - nevyskytuje se

1b - přítomny

2b - přítomny a jsou výrazně emočně zabarvené

3b - přítomny a jsou výrazně emočně zabarvené, doprovázené neklidným chováním, pohybovým doprovodem

D - celkem bodů.....

E. Poruchy diurnálního rytmu

0b - nepřítomné

- 1b - opakované buzení v noci, které není vynuceno potřebou jít na záchod
- 2b - jen 50% - 75% z původního spánku spí pacient v noci
- 3b - jen méně než 50% původního spánku spí pacient v noci (spánková inverze)

E - celkem bodů.....

F. Afektivní poruchy

I. Trhání, škubání

- 0b - nepřítomné
- 1b - přítomny
- 2b - přítomny, výrazně afektivní komponenta
- 3b - přítomny, doprovázeny dalšími afektivními či fyzickými projevy (mačkání rukou, jiná gesta)

II. Depresivní nálada

- 0b - nepřítomna
 - 1b - přítomna (občasné pesimistické výroky)
 - 2b - přítomna, doprovázena výraznými projevy - časté myšlenky na smrt apod.
 - 3b - přítomna a doprovázena snahou či náznaky suicidálního jednání
- Popište.....

G. Úzkost a fobie

I. Úzkost a obavy z nastávajících událostí (Godotův syndrom)

- 0b - nepřítomné
- 1b - občas přítomny (opakované dotazy “kam to jdeme?”)
- 2b - často přítomny a představují již pro pečovatele obtíž
- 3b - často přítomny a jsou pro pečující již velmi obtížně tolerovatelné

II. Ostatní obavy (např. ohledně peněz, budoucnosti, paměti, atd.)"

0b - nepřítomny

1b - přítomny

2b - přítomny a jsou pro pečovatele již obtížné

3b - přítomny a jsou pro pečovatele již nesnesitelné

III. Strach z opuštění

0b - nepřítomen

1b - pacient o této obavě hovoří

2b - pacient o této obavě hovoří, vyžaduje pozornost a odpověď pečovatele

3b - totéž, ale velmi naléhavé, takže to představuje již neúnosnou zátěž pro pečovatele.

IV. Ostatní obavy (např. strach z mnoha lidí, cestování, atd.)

0b - jsou nepřítomny

1b - jsou přítomny

2b - jsou přítomny, pečující je nucen se jimi zajímat

3b - přítomny a představují výrazné omezení pro pacienta a/nebo neúnosnou zátěž pro pečujícího

G - celkem bodů.....

Celkový počet bodů.....

Celkové vyhodnocení:

0 - v žádném případě neohrožují pacienta a nepředstavují zátěž pro pečujícího

1 - Jsou již poněkud obtížné pro pečujícího anebo omezují či ohrožují pacienta

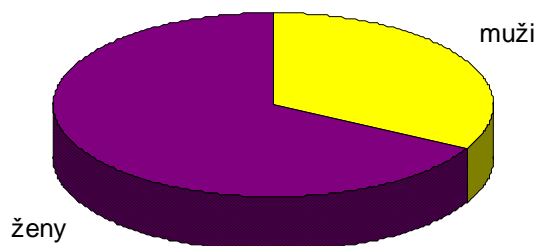
2 - Jsou již dosti obtížné pro pečujícího anebo dosti omezují či ohrožují pacienta

3 - Jsou velmi závažné a výrazně stresují pečujícího anebo ohrožují či omezují pacienta

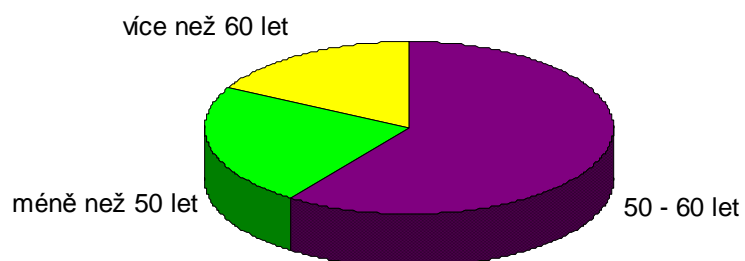
Jaké jsou příznaky, které považuje pečující za nejobtížnější a/nebo nejzávažnější:

Popište:

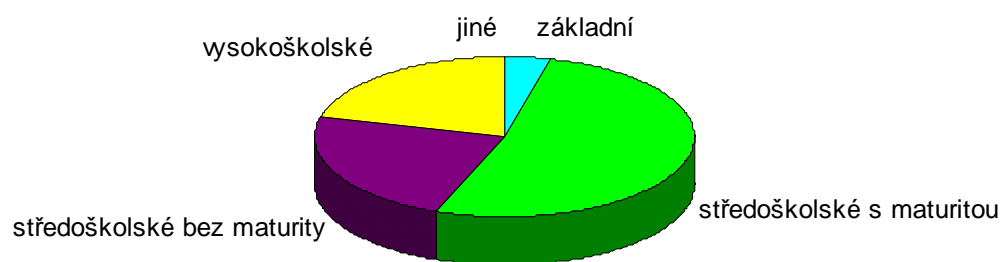
Seznam grafů



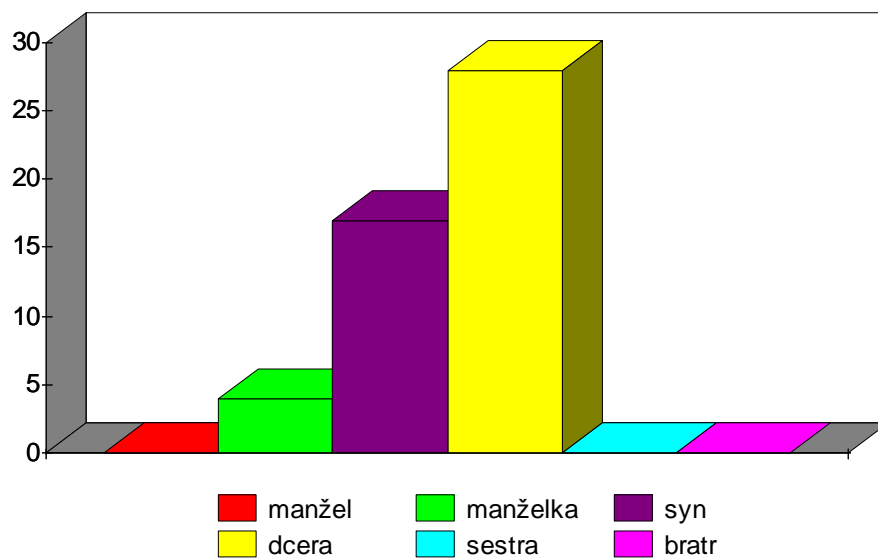
Graf č. 1 Pohlaví respondentů



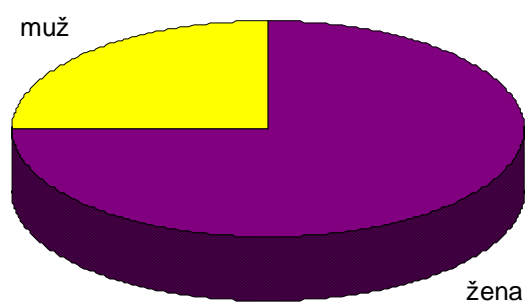
Graf č. 2 Věková kategorie



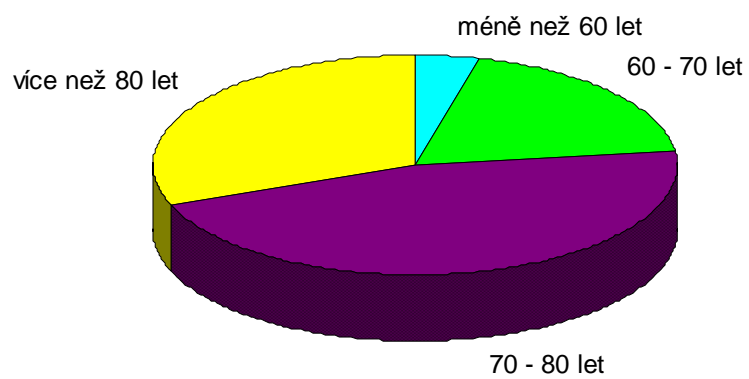
Graf č.3 Vzdělání respondentů



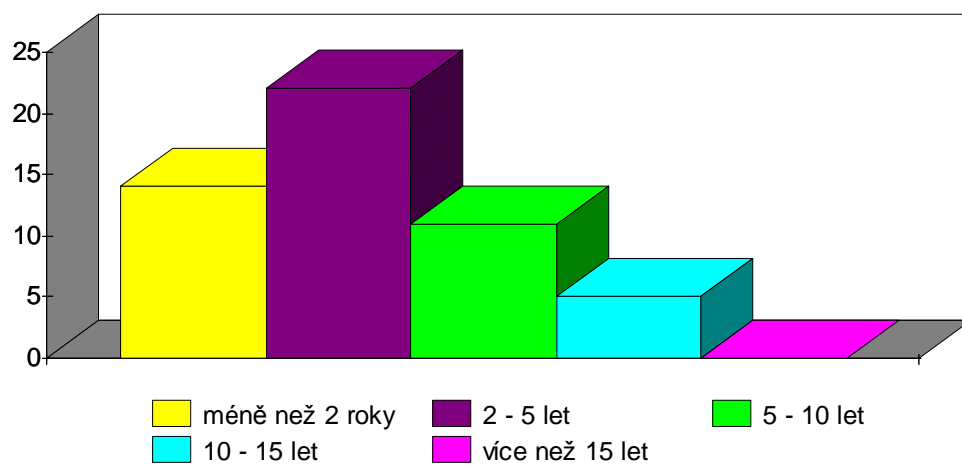
Graf č. 4 Vztah k nemocnému



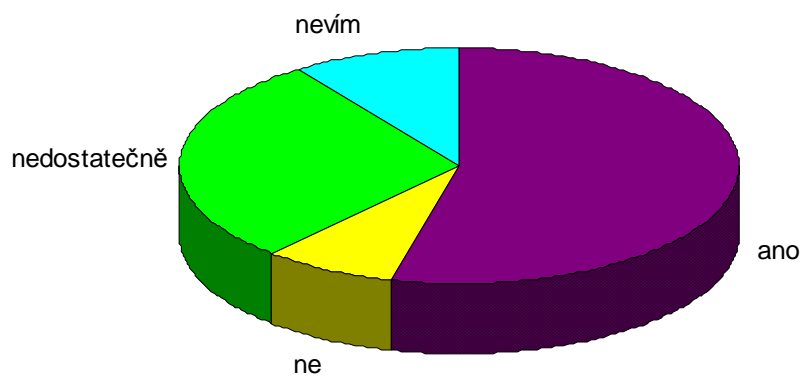
Graf č. 5 Pohlaví nemocných



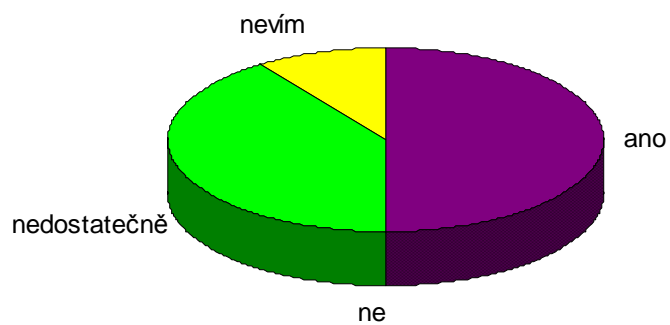
Graf č. 6 Věk pacientů s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou



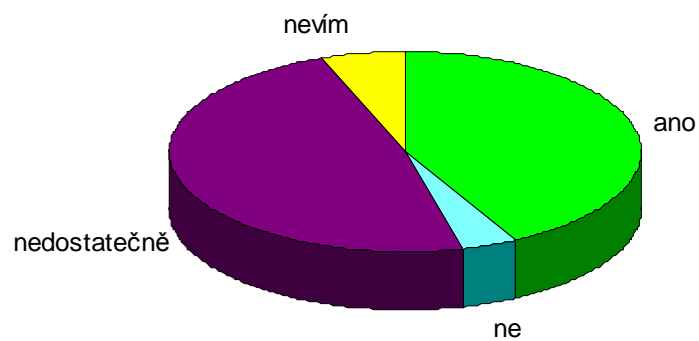
Graf č. 7 Doba od diagnostiky demence



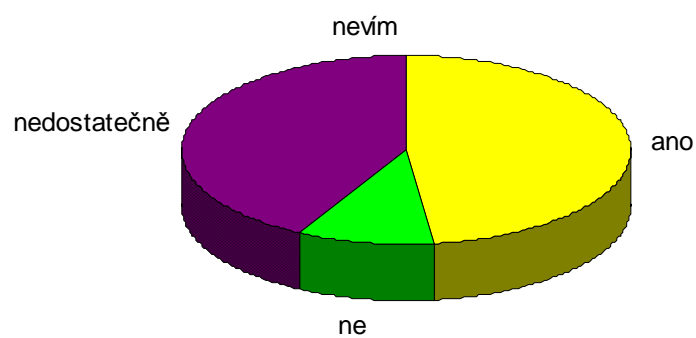
Graf č. 8 Informovanost lékařem o Alzheimerově chorobě



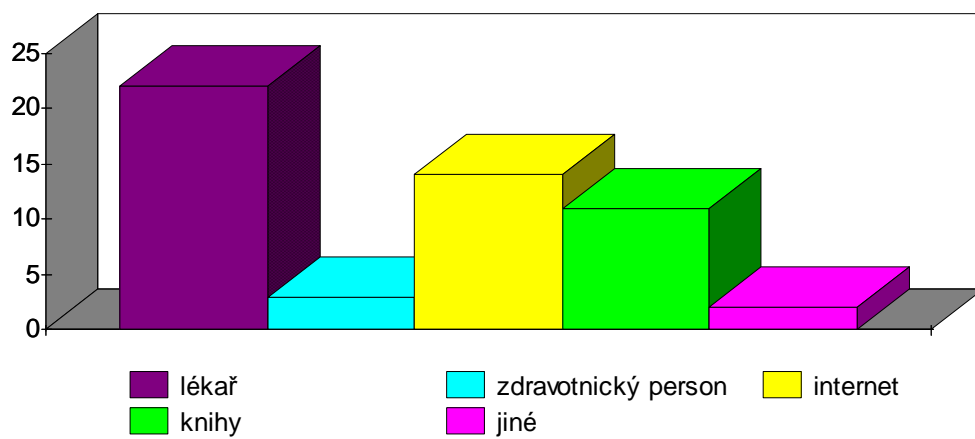
Graf č. 9 Seznámení s léčbou Alzheimerovy choroby



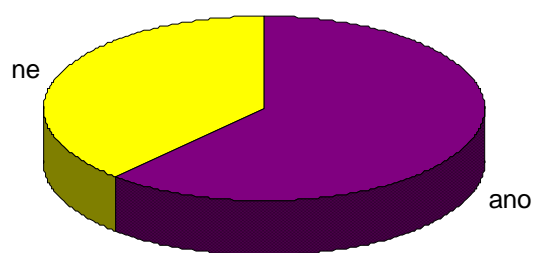
Graf č. 10 Seznámení s vývojem Alzheimerovy choroby



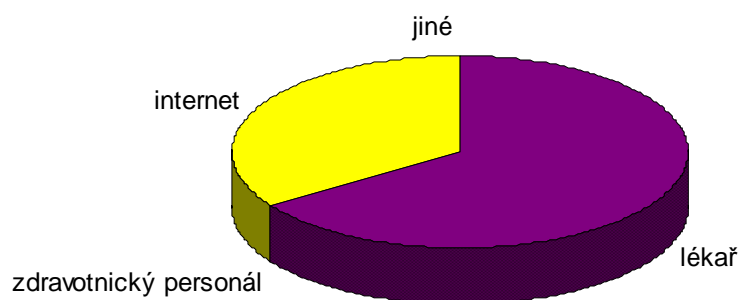
Graf č. 11 Seznámení s péčí o nemocného s Alzheimerovou demencí



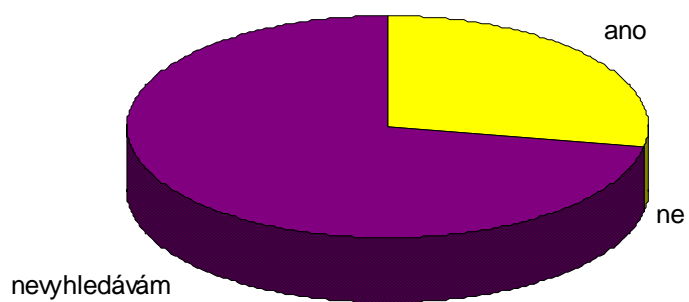
Graf č. 12 Zdroje informací a pomoci s péčí o nemocné



Graf č.13 Informovanost o centrech pro lidi s Alzheimerovou chorobou



Graf č. 14 Zdroj informací o činnosti center



Graf č. 15 Spokojenost se službami center

Edukační letáček pro rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou

Alzheimerova choroba a několik rad jak ji zvládat lépe

Právě se Vám dostal do rukou letáček, v kterém najdete pár užitečných rad jak lépe zvládat péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Níže uvedené informace jsou tím nejzákladnějším shrnutím poznatků z několika odborných literatur a doufám, že vám přispějí ke zkvalitnění péče o Vašeho blízkého.

Jak nejlépe pomoci člověku s Alzheimerovou chorobou

Pokud jste se již s Alzheimerovou chorobou setkali, jistě víte jak je těžké pro pacienta i jeho blízké se s ní vyrovnat. Rady níže uvedené jsou zaměřené na řešení běžných denních situací a problémů tak, aby se zachovala určitá kvalita života nemocného a zároveň i pečujícího.

K lidem trpícím demencí je zapotřebí přistupovat trpělivě, empaticky, snažit se pátrat po tom, co potřebují a co by si přáli. Pokud možno na ně nespěchat, usilovat o to, aby nemocný byl svojí nemocí a jejími následky co nejméně konfrontován. Měli bychom usilovat o to, aby dostával pocit jistoty, bezpečí, lásky, sounáležitosti a seberealizace. Dále bychom měli eliminovat zmatek a případná nedorozumění. Mít neustále na paměti, že se jedná o člověka, který je i přes svou nemoc stále jedinečná osoba a cenná lidská bytost. Používat bychom měli nejen komunikaci verbální, ale i nonverbální. Tím pečující usnadní situaci a zpříjemní péči jak sobě, tak i pacientům.

Je důležité zhodnotit míru závislosti pacienta na druhé osobě. Pomáhat mu s věcmi, které nedovede sám, ovšem nedělat vše za něj. Měla by se v maximální míře podporovat jeho samostatnost. Jen tak se mu pomůže zachovat určitý stupeň soběstačnosti.

Hygiena

Člověka s demencí je nutné povzbuzovat a vést k dodržování denní hygieny. Mělo by se jednat o klidnou, odpočinkovou a příjemnou záležitost. Pokud je to možné, je dobré, aby se myl sám, a popřípadě mu pomoci, připomenout mu potřebné jednotlivé kroky.

Vyprazdňování

Nejen pro nemocného s demencí je v oblasti vyprazdňování především důležitá pravidelná strava bohatá na vlákninu (celozrnné pečivo, ovoce, zelenina) dostatek tekutin a pokud je to možné i dostatek pohybu. Je důležité, aby nemocný snadno poznal umístění toalety pomocí označení na dveřích a stále svítícího světla. Je dobré, aby nosil oblečení, které se snadno uvolňuje a svléká. Bezprostředně před spaním mu nenabízet tekutiny.

Nemocní v těžších stádiích Alzheimerovy choroby necítí ani hlad a ani žízeň, proto je důležité si všimnout příznaků dehydratace. Pokud organismus potřebuje více tekutin, ztrácí jazyk své růžové zabarvení, je oschlý a pokrytý bělavým povlakem, kůže ztrácí svůj tonus a může se objevit dezorientace, neklid, apatie či celkové zhoršení stavu.

Vstávání a ulehání

Pokud je nemocný schopen sám vstát z postele, je ještě poměrně zachována jeho soběstačnost. Je ovšem důležité, aby lůžko nebylo moc vysoko, nebo naopak nízko. Měli by se odstranit zbytečné překážky kolem lůžka a v cestě, zajistit dostatek světla (ve dne i v noci), dohlédnout na pevnou obuv nemocného, upevnit elementy, kterých se přidržuje a dát madla tam, kde se potřebuje přidržet.

Pokud má nemocný problémy s udržení rovnováhy, je důležité zajistit pravidelnou rehabilitaci a kompenzační pomůcky (hůl se třemi opěrami, chodítko apod.). Měli bychom se při doprovázení pacienta přizpůsobit jeho tempu a mít trpělivost.

Stravování

U lidí s Alzheimerovou chorobou se může objevit jak nadměrná chuť k jídlu, tak i naopak malá. Při nadměrné chuti je zapotřebí omezit přístup k nemocného k potravě s vysokým obsahem tuků a cukrů. Je nezbytné uschovat chemikálie a nebezpečné látky, které by mohl při hledání stravy požívat. Naopak při těžších stádiích nemoci je nutné nemocnému při jídle pomáhat. Jídlo podávat vždy ve stejnou dobu, na stejném místě. Nemocného bychom měli posadit k prostřenému stolu, aby bylo zřejmé, že se bude jíst. Poskytnout mu příbor. Pokud již není schopen jíst příborem, dovolit mu jíst rukama. Je podstatné mít na mysli, že nemocný nemusí rozlišit horké a studené, proto musíme dávat pozor, aby se nespálil. V případě neschopnosti polykat, je na rozhodnutí lékaře zda se zavádí sonda či PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie).

Agresivita a podrážděnost

Člověk s demencí může začít projevovat agresivitu bez jakéhokoliv zřejmého důvodu a směřovat ji k pečovateli. Neměli bychom se cítit dotčeni a uraženi. Je to totiž jediný způsob jak nemocný dokáže reagovat na pocity zmatenosti, úzkosti apod. Neměli bychom tedy ztrácet trpělivost a nedávat najevo strach. Dále bychom se měli snažit o upoutání pozornosti nemocného na jiné subjekty, zaměstnat ho různými činnostmi. Popřípadě se dají podávat po dohodě s lékařem různá farmaka. Snažme se odhalit příčinu takového chování, zda nedošlo k nějakým změnám v návycích, zda nemá nějaké bolesti atd.

Komunikace

Při komunikaci bychom se měli vždy nemocnému dívat do očí. Dbát na správně oslovení, snažit se hovořit pomalu, zřetelně, používat jednoduchá slova a věty. Dle potřeby slova a věty i několikrát opakovat, nikam nespěchat, být trpěliví. Používat přátelská gesta a pohledy, snažit se pacienta uklidnit. Pokyny podávat postupně, sdělovat mu co děláme, nenaléhat na něj.

Apatie, úzkost, neklid, podezřívavost a halucinace

U člověka s Alzheimerovou chorobou dochází často ke změnám nálady. Ve většině případů k ní dochází tehdy, když si člověk uvědomí svou neschopnost adekvátně se vypořádat s některými situacemi a požadavky. V tomto případě bychom

se měli snažit pnemocného uklidnit, vyslechnout ho, neopravovat ho a nic mu nevyvracet. Spíše s ním sympatizovat a sdělit mu, že jeho pocitům rozumíme.

U pacientů s postupující progresí onemocnění se prohlubuje dezorientace a zmatenost. Objevují se bludy. Nakonec může docházet k tomu, že nás nemocný obviňuje z věcí naprosto nepravdivých (např. že mu něco krademe, chceme ho otrávit apod.) Jindy se mohou také objevovat halucinace, kdy nemocný vidí či slyší lidi, kteří tam vůbec nejsou atd. V těchto situacích bychom neměli nic vyvracet, nevymlouvat, nezpochybňovat. Snažit se ho spíše uklidnit a nezvyšovat na něj hlas. Pokusit se podat vysvětlení, pokud to daná situace žádá. Může se též ukázat, že se o halucinaci či blud nejednalo, ale byl to pouze omyl. Nikdy bychom neměli ztratit trpělivost a spíše se pokusit jeho pozornost odvést od daného problému a přimět ho, aby myslel na něco jiného.

Prostředí

Dezorientace a zhoršování paměti vyžadují určité změny prostředí, v němž nemocný žije. Cílem těchto uprav je zabránit nehodám nemocného. Je vhodné zvolit jen takové změny, které jsou nezbytné pro zvýšení bezpečnosti, pohodlí a lepší zvládání stresu člověka s demencí. Změny by se měly provádět postupně, uzpůsobit je jednotlivým fázím choroby a měly by usnadňovat život nejen nemocnému, ale i pečujícím.

Kuchyně

- pokud to lze, je vhodné vyměnit plynový sporák za elektrický
- pokud toto nelze, měl by se vypínat přívod plynu před spaním, nebo pokud je nemocný doma sám
- je důležité schovat zápalky, zapalovače
- před spaním by se měly vypnout ze zásuvky všechny elektrické spotřebiče
- je vhodné též schovávat odpadkové koše, nemocný by mohl zahodit něco cenného

Koupelna

- je nutné odstranit ze dveří koupelny zámek, aby se nemocný nemohl zamknout
- měly by se odstranit všechny předložky, které by mohly způsobit pád nemocného a čisticí a prací prostředky, které by nemocný mohl požít
- ve vaně by měla být protiskluzová podložka a vedle vany, či sprchy umístěna

držadla

Podlahy

- vyhnout se leštění a pastování, nemocný by mohl uklouznout
- odstranit koberce
- odstranit dekorační předměty apod.

Schody

- je vhodné je potáhnout protiskluzovým materiálem
- nainstalovat po obou stranách pevné zábradlí
- umístit nahoře i dole uzavíratelnou branku

Okna

- k vhodným opatřením patří nainstalování bezpečnostních zámků, či ochranných mříží

Vstupní dveře

- vhodné je vybavit dveře bezpečnostními klikami
- klíče mít z dosahu nemocného
- boty, kabáty a podobně nenechávat u dveří, člověka s demencí to “navádí” k odchodu

Obecné zásady přístupu k nemocným s demencí

1. Základem je postoj pečujícího. Nemocní potřebují být ujištěni o tom, že jim chceme pomoci, že o ně máme zájem a záleží nám na nich. Potřebují mít pocit, že je vnímám a respektován, i když trpí demencí. Je vhodné se přizpůsobit jeho individuálním možnostem a potřebám, přijmout ho se všemi lidskými aspekty a brát ho především vážně.
2. Je důležité přizpůsobit péči zvykům a potřebám nemocného, kdy hlavním cílem je zajistit dobrou kvalitu života.
3. Člověk s demencí potřebuje mít stále pocit určité hodnoty, ocenění, a proto je dobré k němu přistupovat podobným způsobem, jako když byl ještě zdravý. Brát na vědomí jeho city a nevyvracet je, i když se jeví jako nereálné a nemožné.
4. Nemocného bychom neměli kritizovat, nepoukazovat na jeho nedostatky, neponižovat, nevysmívat. Každé chování a řeč nemocného mají svůj skrytý

význam a téměř vždy tak reaguje na své pocity, starosti a obavy.

5. K podpoře dobré nálady nemocného je na místě povzbuzování, vyhýbání se situacím, ve kterých by nemocný mohl selhávat. Chválení a ocenění za každou maličkost
6. Pro podporu paměti lze využívat řadu pomůcek pro udržení a zlepšení paměti. Záleží vždy na stadiu demence. Měla by se dodržovat stabilita, pravidelnost, zaběhnuté postupy. Paměť lze podporovat i prohlížením fotek, zpíváním písniček, nalepenými cedulkami se jmény umístěnými na daných předmětech apod.
7. Důležité je věnovat nemocnému dostatek pozornosti, a to pokud možno za každé situace.
8. Je třeba mluvit v jednoznačných a jasných větách či otázkách. Nemocný by nám měl vidět do obličeje, cítí se tak lépe a my zároveň můžeme zhodnotit, zda nám rozumí. Nonverbální komunikace by měla být zároveň názorná a přiměřená. V komunikaci se snažíme nespěchat a používat krátká sdělení.
9. Snažit se porozumět a pochopit, co nám chce nemocný říci, vyjádřit. Popřípadě tuto myšlenku dokončit.
10. Pro zmírnění agitovanosti (neklidu) je třeba pacienta respektovat, ujišťovat, že zařídíme co je třeba. Řešení ovšem odkládáme až do doby, než stav odezní. Kladením odporu by se chování ještě zhoršovalo a mohlo by popřípadě přejít do agresivity. Je velmi důležité umět vyhodnotit pacientovy reakce a typy chování. Ty mohou signalizovat jeho potřeby jako je hlad, žízeň, bolest, potřeba spánku a odpočinku.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST

Vznikla v roce 1997 nejen díky profesionálům, ale i díky rodinným příslušníkům, kteří měli pocit, že problematice demencí není u nás věnována dostatečná pozornost. Zaškolení pracovníci podávají osobní i telefonické informace a také zajišťují osobní konzultace s odbornými pracovníky této společnosti. Směřují klienta na další zdroj informací a zajišťují další služby a projekty Alzheimerovské společnosti. Česká Alzheimerovská společnost se také snaží informovat laickou veřejnost o této problematice a poskytnout tak dostatek informací pro včasnou diagnostiku nemoci. Dále poskytuje informační listy pro pacienty s demencí a jejich rodinné příslušníky.

Cílem je podat dostatek informací pro zvládnutí situací spojených s touto chorobou. Na poradnu společnosti se mohou obracet též lidé, kteří mají podezření na zhoršování paměti.

Alzheimerovská společnost též pořádá setkání rodinných pečujících - tzv. “ Čaje o páté”. Pečovatelé si tu za podpory erudovaného pracovníka vyměňují zkušenosti s péčí o svého blízkého, pocity, zážitky a navzájem si tak poskytují jistou podporu.

Dále společnost podporuje rodinné příslušníky, kteří již ukončili svoji roli pečovatele. Tito lidé se setkávají v přítomnosti psychologa a je zjištěno, že často účelem dalšího setkávání je možnost se svěřit se svými problémy a setkat se s lidmi, kteří měli stejný úděl.

Společnost též zajišťuje respitní péči. Jedná se o službu rodinným pečujícím, kdy respitní pracovníci převezmou na několik hodin péči o pacienta s demencí. Cílem je poskytnout pečujícím čas na odpočinek, vyřízení potřebných záležitostí a umožnit nabrat další síly na pečování.

ODKAZY NA WEB:

www.alzheimer.cz

www.vzpominkovi.cz

www.gerontologie.cz

VYBRANÁ KONTAKTNÍ MÍSTA ČESKÉ ALZHEIMEROVSKÉ SPOLEČNOSTI:

Praha

Česká Alzheimerovská společnost

Gerontologické centrum

Šimunkova 1600, 182 00 Praha 8

Tel: 286 883 676

Web: www.gerontocentrum.cz

Brno

Diakonie ČCE - středisko v Brně

Hrnčířská 27, 602 00 Brno

Tel: 549 242 279

České Budějovice

Univerzitní centrum pro seniory "PATUP"

Ústav sociální práce při Zdravotně sociální fakultě JU

Jírovcova 24, 370 01 České Budějovice

Tel: 389 037 664

Web: www.zsf.jcu.cz

Dvůr Králové nad Labem

Středisko Diakonie ČCE

Benešovo nábřeží 1067, 544 01 Dvůr Králové n. Labem

Tel: 499 621 094

Web: www.diakoniecce.cz

Karlovy Vary

Farní charita

Svobodova 743/12, 360 17 Karlovy Vary

Tel: 353 434 230

Web: www.charitakv.cz

Liberec

Oddělení geriatrie a následné péče, Krajská nemocnice Liberec a.s.

Husova 10, 460 01 Liberec 1

Tel: 604 759 779

Web: <http://cals.liberec.sweb.cz>

Mělník

Centrum seniorů Mělník, Domov Vážka

Fügnerova 3523, 276 01 Mělník

Tel: 605 231 904

Web: www.smm.cz

Olomouc

Občanské sdružení Pamatováček ČALS Olomouc

Karafiátova 5, 779 00 Olomouc

Tel: 585 426 110

Ostrava

Slezská Diakonie, Centrum denních služeb - Domovinka Siloe

Rolnická 55, 709 00 Ostrava

Tel: 596 617 581

Plzeň

Středisko Městské charity Plzeň

Polední 11, 312 00 Plzeň

Tel: 377 459 157

Web: www.mchp.cz

Uherský Brod

Denní stacionář Domovinka (Oblastní charita)

Pod Valy 664, 688 01 Uherský Brod

Tel: 572 631 388

Web: www.uhbrod.caritas.cz

Česká Alzheimerovská společnost a její kontaktní místa

Hlavní město Praha

Česká Alzheimerovská společnost

Gerontologické centrum

Šimunkova 1600, 182 00 Praha 8

Tel: 286 883 676

Web: www.gerontocentrum.cz

Jihomoravský kraj

Brno

Diakonie ČCE - středisko v Brně

Hrnčířská 27, 602 00 Brno

Tel: 549 242 279

Ústecký kraj

Bystřany

Domov důchodců

Pražská 236, 417 61 Bystřany

Tel: 732 305 538

Web: www.dd-bystrany.cz

Dubí

Domov důchodců

Na Výšině 494, 417 01 Dubí 1

Tel: 417 571 102

Krabčice - Rovné

Domov odpočinku ve stáří (Diakonie ČCE)

Rovné 58, 411 87 Krabčice

Tel: 417 639 687

Velké Březno

Domov pro seniory

Kláštevní 2, 403 23 Velké Březno

Tel: 475 317 171

Web: www.domov-brezno.cz

Jihočeský kraj**České Budějovice**

Univerzitní centrum pro seniory "PATUP"

Ústav sociální práce při Zdravotně sociální fakultě JU

Jírovцова 24, 370 01 České Budějovice

Tel: 389 037 664

Web: www.zsf.jcu.cz

Chýnov

Domov důchodců

Zámecká 1, 391 55 Chýnov

Tel: 381 406 217

Písek

Blanka - středisko Diakonie ČCE

Jiráskovo nábřeží 2443, 39701 Písek

Tel: 382 219 057

Prácheňské sanatorium, o.p.s.

17. Listopadu 2444, 397 01 Písek

Tel: 382 217 777

Web: www.alzheimercentrum.cz

Královéhradecký kraj

Dvůr Králové nad Labem

Středisko Diakonie ČCE

Benešovo nábřeží 1067, 544 01 Dvůr Králové n. Labem

Tel: 499 621 094

Web: www.diakoniecce.cz

Týniště nad Orlicí

Geriatrické centrum

Turkova 785, 517 21 Týniště n. Orlicí

Tel: 494 371 380

Karlovarský kraj

Karlovy Vary

Farní charita

Svobodova 743/12, 360 17 Karlovy Vary

Tel: 353 434 230

Web: www.charitakv.cz

Liberecký kraj

Liberec

Oddělení geriatry a následné péče, Krajská nemocnice Liberec a.s.

Husova 10, 460 01 Liberec 1

Tel: 604 759 779

Web: <http://cals.liberec.sweb.cz>

Středočeský kraj

Libice nad Cidlinou

Středisko Diakonie ČCE

Husova 2, 289 07 Libice n. Cidlinou

Tel: 325 637 304

Web: www.libice.diakoniecce.cz

Mělník

Centrum seniorů Mělník, Domov Vážka

Fügnerova 3523, 276 01 Mělník

Tel: 605 231 904

Web: www.ssmm.cz

Příbram

SANCO - Sdružení domácí péče

Čechovská 57, 291 05 Příbram 8

Tel: 318 427 424

Kraj Vysočina

Myslibořice

Středisko Diakonie ČCE

Myslibořice 1, 675 60

Tel: 568 834 947

Web: www.domovmyslibořice.cz

Olomoucký kraj

Olomouc

Občanské sdružení Pamatováček ČALS Olomouc

Karafiátova 5, 779 00 Olomouc

Tel: 585 426 110

Sobotín

Středisko Diakonie ČCE

Petrov nad Desnou 203, 788 16 Sobotín

Tel: 583 237 176

Web: www.diakoniecce.cz/sobotin.html

Moravskoslezský kraj

Ostrava

Slezská Diakonie, Centrum denních služeb - Domovinka Siloe

Rolnická 55, 709 00 Ostrava

Tel: 596 617 581

Plzeňský kraj

Plzeň

Středisko Městské charity Plzeň

Polední 11, 312 00 Plzeň

Tel: 377 459 157

Web: www.mchp.cz

Zlínský kraj

Uherský Brod

Denní stacionář Domovinka (Oblastní charita)

Pod Valy 664, 688 01 Uherský Brod

Tel: 572 631 388

Web: www.uhbrod.caritas.cz

Vsetín

Letokruhy o.s.

Tyršova 1271, 755 01 Vsetín

Tel: 571 999 225

Web: www.letokruhy-vs.cz